

Universidad Externado de Colombia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología

**CAMINANDO HACIA LA INCLUSIÓN:
REFLEXIONES SOBRE LA ATENCIÓN DIRIGIDA A LAS PERSONAS CON
PATOLOGÍA DUAL EN SITUACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL EN BILBAO Y
BOGOTÁ**

Autora:

Luisa Fernanda Ramírez Baquero

Bogotá, 2018

AGRADECIMIENTOS

De ante mano agradezco a mis tutores de área que tuvieron la confianza en mí para desarrollar una tesis de investigación en otro contexto y aportar un diálogo intercultural. También su paciencia con el tema y el proceso que hubo detrás para obtener este grato resultado.

Del mismo modo agradezco al Instituto Deusto de Drogodependencias por tenderme la mano y brindarme la oportunidad de comprender este fenómeno social tan interesante. Además del gran voto de confianza que depositaron en mí para formar parte del equipo de investigación y poder sacar juntos adelante distintos proyectos.

TABLA DE CONTENIDO

Anexo de siglas.....	4
Introducción.....	5
Aspectos Metodológicos	10
Capítulo 1. Contextualización: Políticas Públicas y Estructura del Sistema de Atención.....	13
Contexto Euskadi:	13
Euskadi: Gráfico de la Atención Sociosanitaria	25
Contexto Bogotá:	26
Bogotá: Gráfico de la atención dirigida al habitante de calle.....	37
Relación entre contextos:	38
Capítulo 2: Particularidades de los Sujetos y Estructuras en sus Contextos	43
Bilbao: entre montañas y solidaridad.....	46
Características “generales” de los usuarios en situación de exclusión social: Bilbao.	46
Pensarse y Repensarse: el hacer de los recursos.....	61
Él, ella, tú, yo, nosotros: Comunidad.....	69
Bogotá: grande y diversa	76
Fenómeno de Habitabilidad en Calle: Pensarse una Política Pública.	77
Características “generales” del ciudadano habitante de calle: Bogotá.	83
Capítulo 3. Entre Tensiones, Discusiones y Puentes	94
El encuentro entre espejos y sujetos	95
Cuando me ven como “Usuario – Enfermo”.....	104
Cuando me ven como “Desviado- Peligroso”:	112
Capítulo 3.1 ¿Entonces qué se puede decir de esta tesis?	118
¿Dónde queda la patología dual en este panorama?	118
¿Qué se puede decir de la tesis?	122
Encuentros, conversaciones y diversos lentes	127
REFERENCIAS:	130
ANEXOS:	133
BILBAO	133
BOGOTÁ	136

Anexo de siglas

CAD: Centro de Atención a Drogodependencias

CAMAD: Centro de Atención Medica A Drogadictos

CAPV: Comunidad Autónoma del País Vasco – Euskadi-

CSM: Centro de Salud Mental

ICBF: Instituto Colombiano para el Bienestar Familiar

IDIPRON: Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud

OMS: Organización Mundial de la Salud

OSI: Organización Sanitaria Integrada

PD: Patología Dual

PDD: Planeación Distrital de Desarrollo

PIJ: Programa de Intercambio de Jeringuillas

PP: Política Pública

RRD: Reducción de Riesgos y Daños

SDIS: Secretaría Distrital de Integración Social

SPA: Sustancias Piscoactivas

Introducción

La presente investigación tiene varias particularidades desde el momento que se pensó. Primero inicia en un contexto que hasta ahora estaba empezando a conocer y que implicaba para mí la ruptura de esquemas, estereotipos, de realidades, formas de relacionarme etc., para poder ver realmente lo que se encontraba a mi alrededor. Este lugar es la ciudad de Bilbao, una de las más grandes de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Inicie con lecturas, conversaciones y caminatas que me condujeron a indagar si existe un modelo de atención dirigido a las personas que presentan enfermedad mental y drogadicción simultáneamente – Patología Dual- y que además se encuentran en situación de exclusión social, quería saber, en general, qué pasa con estas personas. Esta inquietud me fue orientando a comprender la estructura del sistema social y el sanitario, el modelo desde el cual se piensa responder a las necesidades del colectivo y por ende las acciones de atención.

Luego de pensar la pregunta surge reflexionar acerca de una metodología, un cuerpo teórico y una epistemología. Y sin excepción estos elementos constituyen parte de la singularidad de la investigación. La metodología la planteé queriendo dialogar con las personas, quise que mi pregunta fuera respondida mediante las distintas narrativas de los actores involucrados quienes son: instituciones públicas, entidades y recursos que dirigen su quehacer hacia este colectivo y las personas que en carne propia vivencian esta situación. Entonces fue notorio que iba a ser de corte cualitativo con técnicas que facilitarían y posibilitarían este diálogo generándome confianza partir de una base que no fuera absolutamente rígida.

Para poder generar estos diálogos y comprenderlos, los elementos teóricos de este proceso fueron los planteamientos de los sistemas de atención básicos o esenciales que orientan su acción hacia este colectivo, estos son el sistema social y el sistema sanitario. A su vez implicaba comprender una estructura de gobierno, leyes, programas, estrategias, entre otros, en un proceso casi de paso a paso dada la divergencia de mi contexto nativo respecto al cual me encontraba en ese momento. Así la base teórica es todo aquello dicho por las instituciones y administraciones públicas sobre el colectivo y la atención que han pensado entorno a sus necesidades, situaciones y problemáticas.

Otro aspecto clave de esta investigación es que nace en un instituto de investigación de drogodependencias en el marco de una investigación más grande¹. Esto generó un trabajo colaborativo, de equipo y con diálogo permanente entre ambas investigaciones. Lo anterior fue posible realizarse porque ambas partes se centraron en el espacio sociosanitario, personas en situación de exclusión social y con consumo de sustancias psicoactivas, lo que permitió que se complementaran. Uniendo ambas iniciativas se planteó mancomunadamente un guion de preguntas que fue pedido y enviado previamente a los entrevistados por cuestiones éticas.

Igualmente nos pusimos de acuerdo sobre las entidades más pertinentes adquiriendo relevancia aquellos recursos que hacen parte del espacio sociosanitario con especial énfasis en la atención a drogodependientes y personas en situación de exclusión social. Sobresalen los recursos de baja exigencia con características de reducción de riesgos y daños. Según esto se tuvo en cuenta diversas entidades de las cuales destaco tres sin ánimo de lucro y financiadas en parte por las administraciones públicas, estas son: Fundación Gizakia y su sala de consumo supervisado CeSSA; la Fundación Cáritas de Bizkaia y el recurso Hontza de pernocta; y la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia y sus dos centros de día. De estas organizaciones se entrevistaron a los profesionales con cargos de gestión y de atención directa. Asimismo, se tuvo en cuenta el Ayuntamiento de Bilbao, contando con la participación de un sujeto que tiene por característica ejercer en su cargo funciones de gestión y de atención directa de los albergues municipales.

Una de las limitaciones de este primer campo inicial fue el no poder tener acceso a los usuarios de estos recursos debido a cuestiones éticas de confidencialidad, sin embargo, los profesionales de atención directa viven demasiado cerca las realidades de estas personas lo cual abrió campo a la voz de los usuarios a través de los entrevistados.

Finalizado el proceso investigativo en el contexto de Bilbao surge la oportunidad de darle otro sentido a la investigación al relacionarla con un contexto disímil como lo es la ciudad de Bogotá. El conocer un modelo diferente lo considero como una oportunidad para pensar y crear alternativas que pueden enriquecer y fortalecer las iniciativas que ya se han planteado en esta ciudad, así como señalar y mejorar las debilidades que se puedan tener. Conocer otras propuestas de intervención permite generar una mirada distinta del contexto y las acciones.

¹ El título de la investigación es: Alternativas de reformulación del programa de adicciones de la Dirección General de inclusión social, entre funcionarios de la Diputación Foral de Bizkaia del Departamento de Salud y las entidades del tercer sector

En concordancia con la planeación y acercamiento a campo de Bilbao consideré oportuno llevar a cabo el mismo proceso en Bogotá, es decir, tengo en cuenta la misma población, los mismos sistemas de atención, así como profesionales en cargos similares limitándome a conocer la experiencia de los usuarios a través de estos. El guion de preguntas tuvo ajustes contextuales manteniendo las categorías relevantes como la relación entre recursos, características de los usuarios, y posibles soluciones ante el contexto, entre otras.

Decidí mantener la planeación del campo lo más próximo posible para poder dar cuenta de las similitudes y diferencias que se encuentran en ambas ciudades, los aspectos claves para pensar la atención, así como la importancia de la participación de cada uno de los actores para que los objetivos de las administraciones públicas y las mismas entidades puedan ser cumplidos.

Por lo tanto, mantuve el sistema social y el sanitario como prioritarios, del primero sobresalen dos instituciones que son la Secretaría Distrital de Integración Social y el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPRON-, cada uno de estos cuenta con diversos recursos de atención para las personas en situación de habitabilidad en calle. De la Secretaría se tuvo en cuenta el área de territorio y la subdirección de adultez encargadas de llevar a cabo la Política Pública para el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle; y del IDIPRON pude tener acceso al recurso semi-institucionalizado denominado el OASIS. En cuanto al sistema sanitario se tuvo en cuenta el hospital público Santa Clara específicamente el Centro de Atención a Drogodependencias – CAD-, recurso que en la actualidad tiene una gran cercanía con esta población.

Una de las principales limitaciones respecto a los contextos fue la diferencia de tiempo con el cual conté para la realización del campo, y en general del proceso de investigación. También es cierto que el tamaño de las ciudades y su número de habitantes es completamente distinto hablando de millones de personas en una ciudad capital que es Bogotá y de miles en Bilbao, por lo tanto, considero pertinente hablar de una aproximación a campo en el contexto capitalino.

El número de entrevistas que tuve en cuenta de Bilbao fueron ocho y de Bogotá fueron seis. El acceso a los entrevistados fue bastante diferente siendo más fácil en el contexto vasco pues se entiende que contribuir con investigaciones es un aporte y enriquecimiento para la organización, además hace parte de la transparencia institucional. En ningún momento los sujetos se negaron a participar, por el contrario, en muchas ocasiones eran ellos los que orientaban la conversación y me daban la opción de conocer el recurso. Por el contrario, en mi ciudad natal el acceso fue posible

gracias a relaciones de proximidad entre los que contribuyeron a la investigación, y en algunos momentos profesionales se negaron a participar. No obstante, quienes participaron me motivaron a continuar con la investigación al acogerme con tan buena energía, su gran amabilidad, su carisma y pasión por lo que hacen.

Ahora bien, respecto a todo este panorama ¿qué pasó con la epistemología? Como he intentado dar cuenta la investigación tiene una serie de particularidades siendo esta una de las más singulares. Al principio creía que la epistemología más pertinente era la sistémica ya que por medio de las relaciones y los sistemas podría develar las diferentes tensiones existentes, la discusión de las instituciones y el fenómeno a investigar; para mí estuvo manifiesta la relación entre las instituciones, los recursos y los usuarios en donde cualquier cambio que haya en alguno de estos tres va a incidir en los otros. Por ejemplo, una decisión institucional puede conllevar a cambios en los recursos y por ende en las experiencias cotidianas de los usuarios. Durante el proceso de campo en Bilbao emergió una ruptura con la investigación al irme adaptando a las demandas culturales y aquellas que me imponía el medio evidenciándose en la forma de comunicarme, dialogar y preguntar, empecé a dejarme influir por el campo lo que condujo a muchos cambios sobre todo en mi epistemología que pasó a ser más estructuralista.

Tal cambio y saber que sucedió me suscitó preguntarme si la epistemología era una limitante para el hacer, e incluso una interrogante nublada por el miedo ¿y si no tengo la epistemología clara quiere decir que no es válido o le resta importancia a la investigación? Por mucho tiempo me agobiaron estas preguntas, sin embargo, decidí continuar partiendo de la transparencia sobre mi proceso investigativo y creyendo que, a lo largo del desarrollo del tema, puntualmente en el análisis de mis resultados, intento resolverlos desde ambas epistemologías.

Habiendo explicado el proceso detrás de esta investigación es pertinente concretar varias bases de la investigación. En primera instancia reconozco que los contextos de las ciudades elegidas son disímiles por lo tanto la pretensión de esta investigación no es una comparación sino por el contrario es una forma de conocer otras formas de hacer para responder a las necesidades de la población determinada y la garantía de sus derechos básicos.

Para esto se realicé una contextualización de Bilbao y Bogotá reconociendo aspectos convergente y divergente. Los primeros facilitan el análisis del fenómeno teniendo en común la relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y la situación de exclusión social lo que genera una alarma a nivel social por los efectos que ha conllevado en la convivencia. Frente al fenómeno

las instituciones públicas tienen una responsabilidad tanto con los sujetos en esta condición como con la sociedad general emitiendo respuestas de atención simultáneas entre los distintos sistemas, de los cuales identifiqué como prioritarios el social y el sanitario.

Los aspectos divergentes dan cuenta de las particularidades de cada uno de los contextos como lo es la historia y origen del fenómeno, la sustancia más consumida que causa preocupación social, la estructura institucional que responde ante el fenómeno, así como su participación, y el tiempo de maduración de cada uno de los modelos de atención teniendo una mayor trayectoria y continuidad el de la ciudad de Bilbao.

La pregunta inicial se fue transformando para quedar de la siguiente manera: ¿cómo se le está dando cobertura a las necesidades de los usuarios del espacio sociosanitario que presentan patología dual y se encuentran en situación de exclusión social? Emergiendo en el contexto bogotano la siguiente pregunta: ¿qué elementos del espacio sociosanitario vasco dirigido a las personas con patología dual y en situación de exclusión social puede ayudar a pensarse la atención a este colectivo en Bogotá?

En coherencia con estas preguntas el objetivo general de la investigación es dar cuenta de la atención que reciben las personas que presentan patología dual y se encuentra en situación de exclusión social desde los documentos elaborados por las instituciones públicas y las experiencias de los recursos de atención de la ciudad de Bogotá y Bilbao profundizando el modelo de esta última ciudad, pero sugiriendo reflexiones para el contexto bogotano.

En consecuencia, con esta introducción a esta investigación y sus bases, la estructura del documento se divide en tres partes. La primera es una contextualización institucional en la cual se explica detalladamente documentos, estructura y organización del ámbito público de cada ciudad finalizando con las convergencias y divergencias que evidencie. El segundo capítulo abre el espacio a las voces de los entrevistados caracterizando a la población y a los recursos. Aquí emerge una diferencia cultural en donde la comunidad adquiere un papel protagónico en Bilbao, mientras que en la ciudad de Bogotá este papel es de la Política Pública para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle; y, finalmente el capítulo tres recoge las tensiones, discusiones y emergencias de los dos capítulos anteriores dando cuenta del trasfondo de pensarse la atención, los papeles de los diversos actores y claves para la transformación social, cerrando con las reflexiones que me suscitó este proceso investigativo.

Aspectos Metodológicos

El objetivo de la introducción es dar cuenta del proceso investigativo, los distintos momentos de la investigación, así como resaltar sus singularidades para finalizar con la división del documento. Sin embargo, para comprender con mayor claridad el tema que se está abordando es pertinente especificar de los aspectos metodológicos de la investigación.

La problemática surge del estudio del espacio sociosanitario y la atención al colectivo de personas que presentan enfermedad mental, adicción a sustancias psicoactivas y se encuentran en situación de exclusión social, características que demandan una atención interdisciplinar, integral, con una actuación simultánea y continua del sistema social y el sanitario para hacer valer los derechos de la población, garantizar su calidad de vida y bienestar. No obstante, los datos estadísticos, los proyectos, las estrategia y planes elaborados por las instituciones públicas aún no han integrado estas tres “características” de la población, de hecho, no hay una profundización en la atención que requieren estas personas ni en la identificación de la que hasta ahora están recibiendo, sobre todo las personas en situación de exclusión social. En otras palabras, la patología dual no cuenta con una voz fuerte dentro de las discusiones de las instituciones públicas y por ende no tiene un lugar protagónico dentro del fenómeno y mucho menos dentro de las acciones de intervención, aunque se sepa que cada vez más hay personas que vivencian esta situación.

Para la realización de este estudio planteé una metodología de corte cualitativo de tipo descriptivo, debido al arduo proceso de conocer lo que se plantea en cada una de las ciudades, saber qué es lo que dicen las instituciones públicas y de dónde surgen esas propuestas. Asimismo, la investigación es holística al buscar evidenciar las relaciones e interacciones entre los distintos actores, así como su mutua incidencia, lo que genera movimiento dentro del fenómeno, es decir, cada uno de los actores va a incidir en el otro teniendo un impacto tanto para el sujeto como para la totalidad del fenómeno.

La metodología se relaciona con los objetivos y la problemática debido a que, en la revisión bibliográfica, en los proyectos, planes, leyes y estrategias, no se encontró recursos o programas específicos en el ámbito sociosanitario dirigidos a la población que presenta patología dual y se encuentra en situación de exclusión social, y que, por sus características, necesitan de una atención simultánea de lo social y lo sanitario. Poner a dialogar la voz de los actores principales con los documentos institucionales permite evidenciar cómo se compone e integra este espacio a la vez

que da cuenta de la relación entre lo planteado y la ejecución para saber qué aspectos hay que tener en cuenta en las intervenciones con este colectivo.

Para esto se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada dirigida a los profesionales en cargos de gestión y en atención directa. En la ciudad de Bilbao se llevaron a cabo 8 entrevistas que fueron suficientes para agotar la información, se escogieron organizaciones que cuentan con recursos de reducción de riesgos y daños, y baja exigencia, y son pioneros en el tema con un gran número de herramientas para abordar las necesidades y transformaciones del colectivo. En el caso de la ciudad de Bogotá se realizó una aproximación a campo con 6 entrevistas, para el tamaño de la ciudad y la magnitud del fenómeno son insuficientes, pese a esto las entrevistas brindan un panorama sobre la atención que se está pensando en Bogotá, desde dónde se está haciendo, qué sucede actualmente y para dónde se está dirigiendo.

El interrogante que surge a partir de lo anterior es ¿por qué Bilbao y por qué Bogotá? Bueno la primera ciudad la escojo por la génesis e historia de las sustancias psicoactivas en este territorio, además de su larga experiencia atendiendo el fenómeno, que ha conllevado al desarrollo de un arsenal de herramientas de intervención, estrategias, programas, etc., que ha logrado consolidar un modelo flexible, adaptable, muy cercano a las realidades y transformaciones de las personas usuarias de los distintos recursos. Lo cual considero que es un gran aporte para la segunda ciudad – Bogotá- que hasta el 2015 consolida su política pública del fenómeno de habitabilidad en calle y está en el proceso de construcción de una ruta de atención hacia este colectivo. Es el momento en el que se puede abrir el espacio de otro nivel de discusiones que pueden aportar a la reflexión y pensar la atención hacia estos.

Ahora bien, para llevar a cabo las entrevistas se establecieron una serie de categorías a partir de la revisión de literatura que son: 1. Perfil, dar cuenta de las características de la población, conocer quiénes son las personas usuarias de los recursos; 2. Espacio Sociosanitario, conocer la configuración del espacio, su organización, distribución y los criterios de acceso a la población; 3. Coordinación, develar las relaciones, procesos y actuaciones de los recursos, identificar cuál es la participación de cada uno de los sistemas, así como la coherencia entre el decreto de cartera de las prestaciones y servicios sociales con la metodología que utilizan los recursos y el proceso del usuario; 4. Cobertura, busca dar cuenta de la atención que reciben las personas, las necesidades a las que se les da cobertura así como los programas o servicios que ofrece cada uno de los recursos; 5. Limitaciones y Barreras, saber cuáles son los impedimentos que se presentan en la práctica para

que se cumplan los objetivos planteados; 6. Soluciones, explorar las críticas, propuestas y sugerencias que ayudan a resolver los posibles obstáculos que se presentan.

En el contexto bogotano se llevaron a cabo las categorías de: 1. Perfil, 3. Coordinación y 4. Cobertura. Escogí estas tres categorías debido a que son las que se adaptan mejor contextualmente, permiten visibilizar de quiénes estamos hablando, cuál es el papel de las instituciones públicas ante el fenómeno y cuáles son las necesidades que atienden. Igualmente, estas categorías posibilitan un diálogo entre los dos contextos que es uno de los objetivos principales de este proceso.

Durante el campo surgen varias categorías emergentes. Por un lado, el ámbito comunitario es uno de los actores principales para lograr la inclusión social de los sujetos, la relación de los recursos con el barrio y la ruptura y transformación de los estigmas e imaginarios sociales. Por otra parte, se hace necesario hablar de las especificidades de las personas con patología dual, la relación que tienen las personas con estas sustancias psicoactivas y el curso de su situación mental. Finalmente, sobresale el género, abordar las diferencias y especificidades de hombres y mujeres que pautan una forma de relacionarse y de intervenir.

Para el análisis de la información se hizo una triangulación de información. Primero de cada contexto se plasmó en un cuadro la voz de los profesionales en gestión y de atención directa por cada categoría según el contexto para luego dialogar con los planteamientos institucionales. En un segundo momento los resultados de estos cuadros se juntaron para realizar un diálogo entre ambas ciudades dando cuenta de las convergencias, los aprendizajes y aportes de cada uno.

Según la explicación anterior del proceso investigativo, los procedimientos y la mirada desde la cual se está haciendo una lectura del fenómeno, proseguiré con la descripción de los aspectos institucionales de cada una de las ciudades para que se pueda situar el lector en ambas ciudades.

Capítulo 1. Contextualización: Políticas Públicas y Estructura del Sistema de Atención.

El siguiente capítulo tiene como objeto situar al lector en el contexto de las ciudades de Bilbao y Bogotá partiendo de las instituciones públicas y sus documentos con el fin de ver cómo se ha pensado y estructurado la atención a la población que se encuentran en situación de exclusión social o habitabilidad en calle, presentan patología dual y consumo de sustancias psicoactivas.

Las políticas públicas y los documentos institucionales permiten dilucidar aspectos del fenómeno social, las respuestas que han pensado para hacerle frente a la problemática y los distintos actores que están involucrados. Al finalizar cada descripción contextual del modelo de atención de cada ciudad se presenta un gráfico con las relaciones entre los actores.

A modo de cierre del capítulo se señalarán las convergencias y divergencias que hay entre ambos contextos a nivel institucional desde mi lectura y comprensión de estas ciudades, siempre considerando que no es la finalidad hacer una comparación y reconociendo que son contextos disímiles.

Contexto Euskadi:

La presente investigación inicia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (Euskadi) específicamente en la ciudad de Bilbao. A finales de los 70's y principios de los 80's comienza el boom de la heroína en esa ciudad significando en los jóvenes una forma de protestar contra la sociedad. Varias fueron las consecuencias que tuvo el uso desmedido de esta sustancia causando muertes por sobredosis, contagio de VIH sida por el intercambio de jeringuillas, entre otras. Fue tal la alarma social que la sociedad vasca comprendió que era un problema de salud pública que requería de una respuesta inmediata surgiendo iniciativas como el Programa de Intercambio Jeringuillas –PIJ- (Oiarzabal, 2014).

Las instituciones públicas también se vieron en la urgencia de crear y diseñar programas, estrategias, servicios y políticas públicas que dieran respuesta a las necesidades contextuales. Una respuesta destacada de algunas organizaciones en ese momento fue la atención para mitigar los daños directos y colaterales que produjo el consumo en el ámbito social y sanitario surgiendo así el programa de Reducción de Riesgos y Daños – RRD²- en los años 80's. Las metas de este programa son: aumentar la calidad de vida de las personas consumidoras en su situación social y sanitaria, disminuir la transmisión de infecciones como el VIH sida, así como los riesgos y daños

² RRD: Reducción de Riesgos y Daños

asociados al consumo incrementando la conciencia de estos favoreciendo las conductas sin riesgo ante las distintas enfermedades que se puedan contraer (Ashton y Seymour, 2010 en Bizkaisida, et al. 2016).

La RRD es un conjunto de intervenciones preventivas en lo sanitario y en lo social que tiene como objetivo minimizar los riesgos causados por el consumo abusivo de alcohol, sustancias psicoactivas-SPA³- y psicofármacos (Mino, 2000 en Bizkaisida et al, 2016). El modelo pretende genera una consciencia del consumo más allá de la misma sustancia en donde el sujeto adquiere una serie de herramientas para pensarse su propio consumo y ser autónomo ante este.

Respecto a este modelo de atención es relevante señalar que la Comunidad Autónoma del País Vasco parte del paradigma biopsicosocial planteado por la Organización Mundial de la Salud-OMS-; asimismo considera que las personas son seres integrales que tienen derecho a gozar de calidad de vida y bienestar siendo las garantes de la igualdad de oportunidades y de derechos las administraciones públicas. Uno de los colectivos claves son las personas que se encuentran en situación vulnerable o de exclusión social por la imposibilidad de ejercer sus derechos sociales (Presidencia del Gobierno, 1998).

Para responder a las necesidades de la población, específicamente aquellas que requieren de una atención simultánea de lo sanitario y lo social, se ha construido el espacio sociosanitario. Este plantea la unión y coordinación de ambos sistemas de manera amplia e inclusiva ya que la división llegaba a ocasionar malestar en el sujeto como por ejemplo las valoraciones incompletas, espacios de desprotección, falta de continuidad en los tratamientos y la atención, etc. (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, 2013)

La ley 12/2008 de 5 de diciembre de Servicios Sociales define este espacio “como el conjunto de cuidados destinados a personas que, por causas graves, problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan de una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de la atención”

La definición de este espacio se puede rastrear con anterioridad en el 2001 en la investigación sobre el espacio sociosanitario realizada por Emma Sobremonte y Joseba Aurtenetxe que lo definen como un espacio fronterizo entre la atención social y sanitaria pues por si solo cada sistema no puede solucionar los problemas que la persona presenta. Es un espacio constituido por las necesidades de una serie de colectivos que tienen en común estar afectados por enfermedades

³ SPA: Sustancias Psicoactivas.

crónicas y/o terminales, somáticas o psíquicas que requieren de una atención sanitaria y social complementaria, compleja y continuada.

Dentro del espacio se tienen como pilares cuatro tipos de situaciones que requieren de este tipo de atención: vejez, cronicidad, dependencia y riesgo de exclusión social. Los colectivos diana⁴ pertenecientes a estos pilares son: niños y adolescentes con necesidades especiales, trastornos mentales, discapacidad y/o dependencia, riesgo de exclusión social y desprotección, entre otros (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria, 2013)

Este espacio cuenta con una división proveniente del sistema de salud que es la atención primaria y la secundaria o especializada. La primera se encarga de la promoción, prevención, consejo y apoyo de distintas etapas del ciclo vital haciendo una detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Cuando se sobrepasa la capacidad de la atención primaria o se requiere un tratamiento más específico se pasa a la atención secundaria, como por ejemplo el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales usando psicofarmacoterapia, psicoterapia individual o grupal, entre otras (Osakidetza y Gobierno Vasco, 2010)

En el caso de los recursos sociales, en las entrevistas realizadas, se distingue esta división con algunos servicios de baja exigencia y de alta exigencia. Los primeros realizan una cobertura de las necesidades básicas y los segundos requieren de una motivación para el cambio de los usuarios con el fin de acceder a los pisos (apartamentos) de inserción social. Más adelante abordaré las implicaciones que esta división lleva a la atención, por lo pronto, es una división que se encuentra en los dos sistemas y dentro del espacio sociosanitario.

En coherencia con la definición de este espacio, la población que tiene prioridad y la división planteada, el modelo de atención pertinente es el de coordinación. Se ha escogido debido a las necesidades complejas y multidimensionales que presentan los usuarios en donde se requiere de la actuación simultánea de varios sistemas en distintos niveles de atención. Además, los usuarios pasan a ser reconocidos como sujetos de derecho y deberes que les exige a las instituciones públicas tener un compromiso por el bienestar de la persona, colaborar entre profesionales y ser constructores en la red comunitaria coordinando los recursos y servicios (Lezertua, 2016).

Uno de los retos a los cuales se enfrenta el modelo de coordinación es la división de las administraciones en los servicios sanitarios y los sociales. El primero es competencia del Gobierno Vasco a través de Osakidetza y el Departamento de Salud; el segundo depende de la administración

⁴ Colectivo diana: Población principal, especial, de mayor prioridad.

territorial que son las Diputaciones Forales, y las locales -los Ayuntamientos-, sin embargo, el Gobierno Vasco tiene una participación en este sistema. La división se refleja en el Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el cual establece la división de la atención entre estos tres organismos administrativos de la siguiente forma (Figura1):

Figura 1. <i>División de las Administraciones Públicas</i>	
Entidad responsable	Servicios y prestaciones
Gobierno vasco	<ul style="list-style-type: none"> - Servicio de teleasistencia. - Información social a la infancia y adolescencia en situación de desprotección. - Información y atención a mujeres víctimas de violencia doméstica o por razón de sexo. - Punto de encuentro familiar por derivación judicial. -Pago único a mujeres víctimas de violencia de género.
Ayuntamientos	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de atención primaria, menos el de teleasistencia.
Diputaciones forales	<ul style="list-style-type: none"> - Servicios de atención secundaria. -Prestación de la asistencia personal. - Cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales. -Prestaciones o ayudas para la adquisición de prestaciones tecnológicas o la realización de adaptaciones en el medio habitual de convivencia.

(Figura 1: *División de las Administraciones Públicas*. Realización propia tomada de Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Social (2016))

Además de la división por instituciones públicas, existe dentro de cada uno de los sistemas unas determinadas redes que apoyan los procesos de las personas y configuran aspectos del espacio sociosanitario. Este es el caso de la Red de Salud Mental de Bizkaia la cual parte de un modelo de atención comunitario que implica:

“un desarrollo de servicios prioritariamente en el ámbito comunitario y cercano a las personas que precisan atención, y en el que las estancias hospitalarias se reducen a lo indispensable. El desarrollo de servicios contempla no sólo las necesidades asistenciales sanitarias, sino todos los elementos que deben garantizar la cobertura y el apoyo comunitario, especialmente a las personas afectadas por problemas de salud mental graves, más vulnerables y en riesgo de exclusión, incluyendo el alojamiento, el acceso al trabajo y

la ocupación, la protección de sus derechos y la cobertura de necesidades económicas básicas.” (Osakidetza, 2016)

¿Qué indica esto? Que el modelo de atención sanitario reconoce la salud mental de manera más integral en donde los cambios y el bienestar del sujeto no se logra si no participa en el ámbito comunitario, es decir, si no está incluido en la vida social. El modelo comunitario se convierte en un aspecto fundamental tanto del sistema sanitario como del sistema social y por ende del espacio sociosanitario. Este debe dar cuenta de todas las dimensiones del sujeto que se ven afectadas y vulneradas que impiden llevar a cabo su proyecto de vida con calidad. El entorno social es considerado como un factor de riesgo a la vez que un factor de protección, por lo tanto, es desde este que se apuesta a trabajar para garantizar el cumplimiento de los derechos de los sujetos con problemas de salud mental (Osakidetza, 2016).

La intervención de lo comunitario se realiza desde la promoción y prevención de la salud mental de la población constituyendo un servicio que ofrece atención integrada, de calidad, segura, eficiente y con continuidad siendo coherente con los objetivos de las diversas instituciones y profesionales que participan en las intervenciones. Si esto se cumple, esta organización contribuiría a la mejora de la eficiencia del sistema (Osakidetza, 2016).

Para llevar a cabo este modelo la Red de Salud Mental de Bizkaia ha acordado un Plan Estratégico 2014 – 2017 que tiene como objetivo erradicar los estigmas que se asocian a la enfermedad mental, basar el desarrollo de los servicios en principios éticos que incluyan la autonomía, recuperación, continuidad de cuidado, seguridad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, equidad y atención integral. El compromiso es trabajar en equipo de manera colaborativa con otras organizaciones y entidades tanto del ámbito sanitario como del ámbito social (Osakidetza y Gobierno Vasco, 2014).

El plan cuenta con seis estrategias que son: 1) Modelo asistencial; 2) Filosofía y modelo de recuperación; 3) Persona protagonista en lo colaborativo; 4) Sostenibilidad; 5) Investigación; y 6) Sistema informático y las TIC's. A continuación, se explicará cada una de las estrategias (Osakidetza y Gobierno Vasco, 2014).

1- El modelo asistencia responde al modelo comunitario siendo su objetivo: a) mantener al sujeto en su contexto más cercano reduciendo las hospitalizaciones; b) desarrollar un modelo colaborativo dentro de la instituciones favoreciendo la atención integral; c) prevenir la enfermedad

mental relacionando esto con el uso y abuso de sustancias adictivas, depresión, suicidio, y cuidadores de personas con enfermedades crónicas discapacitantes, reduciendo los factores de riesgo de la población; d) impulsar programas para la atención específica de un colectivo, como el de comorbilidad, que parte de la lectura de las necesidades y problemas de la población con problemas de adicciones.

2-En cuanto a la filosofía y modelo de recuperación, sustenta que un sujeto con trastorno mental grave puede alcanzar una vida satisfactoria con esperanza y puede contribuir a la sociedad, es decir, el sujeto puede desarrollarse plenamente en diversas dimensiones. Bajo esta idea los objetivos son: a- fortalecer la autonomía; b- favorecer una atención accesible, integrada e individualizada; c- responsabilización del sujeto participando de las decisiones terapéuticas de su propio proceso; d- promover la integración social desarrollando recursos comunitarios, de apoyo, tratamiento y rehabilitación teniendo en cuenta la vivienda, formación, ocupación, trabajo, ocio y tiempo libre. Su independencia es alcanzada en la medida que tenga un lugar dentro del sistema social; y e- proteger los derechos por lo que se lucha en contra de la estigmatización.

3- La persona protagonista en lo colaborativo, implica que el profesional, además de contar con formación de calidad, debe responder a las necesidades de la población de manera adecuada, por lo tanto, se debe fomentar la cultura de colaboración y trabajo en equipo entre los profesionales. Se debe avanzar en la planeación y organización de los recursos de personas en coherencia con las exigencias de la organización, a la vez que desarrollar una formación estratégica. Se debe impulsar la normalización lingüística (atención en Euskera y en Castellano). Y, por último, mejorar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo.

4-La sostenibilidad hace referencia al manejo transparente, eficiente y ético de los servicios. Para esto la organización, los agentes institucionales y sociales, los usuarios y los ciudadanos deben participar para integrar sus intereses y expectativas.

5- La investigación permite potenciar el cambio y generar conocimiento, por esto se pretende desarrollar una política de investigación que consolide una estructura y cree alianzas para llevar a cabo proyectos estratégicos.

6- Finalmente, en el sistema de información y las TIC's se considera que las herramientas informáticas permiten el diálogo entre los distintos profesionales sobre casos, facilita la toma de decisiones generales respecto a las políticas de salud y a la vez hace evidente la evolución de las

distintas áreas de salud en la población para futuros cambios que se requieran según las necesidades emergentes.

Si bien este plan hace parte del sistema sanitario, específicamente de la red de salud mental, comparte varios componentes con el sistema de servicios sociales. Para profundizar en ellos es importante dar cuenta de las Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi, que a la vez nos conectan con el Decreto de Cartera de Servicios Sociales y con la Ley 12/2008, pues tanto las líneas como el decreto son proyectos que se propone llevar a cabo la ley para construir el espacio sociosanitario.

Las líneas estratégicas tienen como objeto definir de forma más completa e inclusiva el espacio sociosanitario. Este parte de dos principios, el de justicia y eficiencia, los cuales respetan la autonomía de gestión de las instituciones buscando consenso hacia la convergencia y simetría de las estructuras- sociales y sanitarias- actuando proactivamente. Igualmente, estos principios conllevan a que los valores que sustentan la acción estratégica y política sea el principio de la igual dignidad de las personas. Se considera al ciudadano como agente activo, siendo la salud el lugar en el que se articula el compromiso de las personas y el de los poderes públicos (Gobierno Vasco, et al, 2013).

Con esto se definen cuatro principios que atraviesan estas líneas que son: evitar actuaciones de riesgo que puedan generar daños; respetar los valores y la libertad de conciencia de las personas de modo autónomo y responsable; proteger los derechos de las personas asegurando un acceso en equidad e igualdad a prestaciones públicas; y comprometerse en lograr el beneficio óptimo para mejorar el bienestar de cada persona usuaria en ambos sistemas.

La misión es “el desarrollo de un modelo de atención sociosanitaria efectivo, coordinado y sostenible que, centrado en las personas como protagonistas de su proyecto vital, dé respuesta al compromiso de los poderes públicos de Euskadi”. Afín con lo anterior la visión es “la aspiración de crear un marco normativo y operativo que permita una interlocución institucional fluida y basada en unos criterios de consenso y mutua confianza” (Gobierno Vasco, et al, 2013).

Para cumplir con el desarrollo de este modelo de atención se han planteado una serie de objetivos, líneas y acciones estratégicas que impulsan la construcción de este espacio, estas son (Figura 2):

Objetivos Estratégicos para la Coordinación Sociosanitaria				
1. Definir los elementos formales que constituyen la coordinación sociosanitaria	2. Definir el espacio de comunicación y sus características; dotarlo de herramientas para su desarrollo y despliegue	3. Fomentar la coordinación entre los distintos agentes participantes del espacio sociosanitario	4. Desarrollar servicios sociosanitarios destinados a colectivos diana	5. Promover la formación, investigación e innovación en el espacio sociosanitario
Líneas Estratégicas Básicas				
1. Definición de una cartera de servicios sociosanitarios	2. Implementación de un sistema de información y comunicación sociosanitario	3. Formalización de acuerdos sociosanitarios	4. Plan de desarrollo de la atención sociosanitaria a colectivos diana.	5. Impulso de la formación, investigación, innovación y transferencia de conocimiento en el espacio sociosanitario
Acciones				
-Cartera de servicios sociosanitarios	-Plan de comunicación sociosanitaria. -Historia sociosanitaria. -Atención primaria sociosanitaria -Enfoque ético asistencial sociosanitario	-Actualización normativa. -Marco de financiación. -Innovación relacional.	-Acciones dirigidas a colectivos diana: Trastorno mental, riesgo de exclusión y desprotección, discapacidad y dependencia, niños y niñas con necesidades especiales, personas trasplantadas y con enfermedades poco frecuentes.	-Transferencia de conocimiento. -Foro de la innovación. -Seguimiento de proyectos financiados por Etorbizi. -Evaluación de una muestra de proyectos de Etorbizi. -Jornada sociosanitaria.

(Figura 2: Replicado de: Gobierno Vasco; Diputaciones Forales; EUDEL (2013) *Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013-2016.*)

En la evaluación que se realizó en el 2017 sobre las líneas estratégicas, los resultados cualitativos permiten observar que hay una percepción por parte de los profesionales sobre la utilidad de la estrategia teniendo un mayor desarrollo las dos primeras líneas respecto a las tres últimas. Esto se debe a que las dos primeras aportan elementos instrumentales necesarios para un mayor impacto en los colectivos y cuentan con mayor orientación profesional de la atención. Mientras que la línea 4, frente a las demás, está menos desarrollada teniendo una percepción atenuada en la población. También constata la necesidad de reenfoque la estrategia hacia la

población de forma directa representado en el nivel micro (Gobierno Vasco y Departamento de Salud, 2017).

Dentro de las principales conclusiones se destaca un impacto importante en el tejido de la asistencia sociosanitaria siendo importante la aprobación de la cartera de servicios sociales y las comisiones sociosanitarias de las OSIs – Organización Sanitaria Integrada-. Esto se evidencia en el discurso de atención, el organigrama y la cotidianidad de los equipos asistenciales sociales y sanitarios, además de la implantación del instrumento diagnóstico que se utiliza en los centros de base de ambos sistemas. También dentro de las conclusiones de esta evaluación se reconoce que ha habido una madurez en la visión estratégica, aunque aún falta un largo camino por recorrer en lo institucional, lo asistencial y en la participación activa y responsable de la ciudadanía. Es importante que se siga manteniendo la línea de continuidad entre las líneas estratégicas como hasta ahora se venía haciendo (Gobierno Vasco, et al, 2017).

Así mismo se resalta que la creación del Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios Sociales del Sistema Vasco de Servicios Sociales ha sido uno de los grandes impactos a este espacio, puesto que tiene como objeto ordenar, clarificar y regular los requisitos, criterios y procedimientos de acceso a las prestaciones y servicios garantizando una atención integral, accesible y equitativa evitando situaciones de discriminación de colectivos o territorios. Igualmente aclara qué le corresponde a cada administración pública gestionar y financiar (Departamento de Empleo y Políticas Sociales, 2015).

Por esto mencionaba con anterioridad la distribución de la cartera como una forma de entender el espacio, aclarar su definición y comprender cuál es el rol de cada una de las instituciones públicas. La división y la importancia de una atención integral devela la relevancia del modelo de coordinación que surge del complejo relacional que implica este espacio teniendo distintos mecanismos tales como: amplitud, profundidad, perspectiva longitudinal y necesidad de coordinación a distintos niveles.

El primer mecanismo hace referencia a la relación vertical entre dos sistemas que son de diferente nivel asistencial y convergen en un espacio compartido. El segundo, trata sobre la coordinación que supone un marco inter organizacional estructurado que facilita la comunicación, el compartir información y poder colaborar, manteniendo por separada e independiente la financiación y las responsabilidades de cada organización implicada. El tercero, versa sobre el continuum de la integración de los cuidados manteniéndose un registro y planificación de la

atención, servicios y cuidados que requiere cada persona a través de todos los niveles que componen el sistema. Finalmente, los niveles de coordinación son el macro, en donde están las políticas, normativas, planes y redes; el meso que son las formas de organizar la prestación del servicio, y el micro, que es la atención prestada a la persona (Gobierno Vasco, et al, 2013).

Todo esto se establece en la Ley 12/2008, la cual tiene su origen desde 1982 y se ha modificado y adaptado según las dinámicas contextuales y sociales. Esta ley ha estructurado y formalizado los servicios sociales estableciendo las unidades básicas del sistema, como lo son los servicios sociales de base, y los puntos de acceso. Ha incorporado los principios de universalidad y atención personalizada, y en su última modificación evidenció que no hay una articulación de los instrumentos de gestión y coordinación necesarios para el cumplimiento de promover y garantizar el derecho a los servicios sociales. Pero los derechos de la ciudadanía no son solo el acceso sino el derecho a la diferencia siendo elementos nucleares del modelo de atención los principios de igualdad y equidad (Presidencia del Gobierno, 2008).

Dentro de esta ley se tienen en cuenta la naturaleza compleja y plural de las situaciones a afrontar fortaleciendo las relaciones de los distintos sectores y de redes del sistema configurando espacios de cooperación y coordinación, como lo es el espacio sociosanitario. Además, permite desarrollar una política social siendo posible el acceso de toda la población a la plena ciudadanía promoviendo la justicia social y que aborde las causas estructurales de la exclusión (Departamento de Empleo et al., 2015).

Otro de los elementos más relevante de esta ley, y que da sintonía con la estrategia de salud mental, es el modelo de atención comunitario que permite a la persona mantenerse en su entorno habitual de vida, busca afianzar la responsabilidad pública, configurar la universalidad, la proximidad de los servicios a la ciudadanía y su descentralización promoviendo la igualdad y la equidad en el acceso y uso de las prestaciones y servicios. Se orienta hacia la prevención, integración y normalización brindando una atención personalizada, integral y continua, reconociendo la necesidad del carácter interdisciplinar de las intervenciones que mejora la calidad de la atención. Esta requiere de la cooperación de los distintos actores que intervienen en el ámbito, la coordinación de las actuaciones públicas y privadas, formales e informales, y la promoción de la participación ciudadana (Presidencia del Gobierno, 2008).

Se resalta la importancia del trabajo en conjunto de los trabajadores y las trabajadoras sociales con los educadores y las educadoras sociales a nivel socioeducativo para que conformen

el cuerpo básico de los sistemas de servicios sociales, pues se considera que la intervención más pertinente es la socioeducativa porque supera la tarea asistencial y de derivación estableciendo trabajos educativos que promueven la autonomía del sujeto, mejora sus condiciones de vida, le permite adaptarse a diferentes contextos del desarrollo y superar sus dificultades (Presidencia del Gobierno, 2008).

¿Por qué en sintonía con la estrategia de salud mental? Pues bien, en ambos sistemas está claro que el modelo comunitario y de coordinación es el que les permite generar sinergias y construir un trabajo colaborativo cuando sea necesario; hay que recordar que este espacio se define en función de las necesidades de los usuarios que son únicos e indivisibles (Gobierno Vasco, et al, 2013). Igualmente, podemos entender esta breve descripción de elementos relevantes de la ley porque el decreto y las líneas estratégicas tiene su orientación hacia una actuación integral, coordinada y centrada en el sujeto teniendo como fin la integración social, aspectos que se comparten con este plan.

En cuanto al modelo de reducción de riesgos y daños se observa que tienen cabida estos recursos en los servicios de atención primaria, especialmente los de base, ya que son los que dan la entrada a ambos sistemas y movilizan el espacio, pero también, al ser el objetivo fundamental reconocer la dignidad humana de todas las personas, se vuelve indispensable cubrir las necesidades básicas de toda la población para que pueda ir avanzando en su proceso de inclusión social. En el segundo capítulo se hará un mayor énfasis en este modelo y tipo de recursos.

Como generalidades de lo expuesto, y características del espacio, se hace evidente la necesidad de un trabajo comunitario dentro como fuera de las instituciones en distintas escalas con el fin de que las personas puedan desarrollar una vida con bienestar, calidad y autonomía. Se muestra que hay una necesidad de atender a las personas de manera integral siendo importante la comunicación, colaboración y coordinación de lo social y lo sanitario, entre los distintos profesionales y con el usuario. Todos los actores son agentes activos en el proceso de construcción del espacio.

Pese a que los documentos elaborados por las instituciones públicas le dan importancia a la exclusión social, por impedir el ejercicio de los derechos sociales, y a la cronicidad, como es la enfermedad mental mencionando brevemente la adicción, aún hace falta un mayor énfasis en la patología dual y más cuando el sujeto se encuentra en situación de exclusión social. Este colectivo es supremamente complejo de tratar y requiere de una atención simultánea del sistema de salud

mental, del tratamiento de drogodependencias y de la intervención social, pero por el contrario se encuentran en medio de un servicio desarticulado cuya complejidad dificulta que alguno de los dos sistemas le ofrezca ayuda (Arana y Germán, 2005). Incluso, como señala el Libro Blanco de Patología Dual, la presencia de la patología dual ha sido rechazada o negada a la hora de elaborar programas asistenciales sabiendo que la prevalencia es bastante alta en la población (Vega et al, 2015).

Los datos estadísticos permiten evidenciar la necesidad de una mayor articulación. En el año 2015 en el País Vasco fue atendida en la Red de Salud Mental por alcoholismo a 3.568 personas, en tratamiento de metadona a 1.695 y en otras adicciones a 1.696. De estas personas en el territorio histórico de Bizkaia se atendieron por alcoholismo a 1.871, por metadona a 880 y por otras adicciones a 1.586 (Dromedia, 2016).

En un estudio llevado a cabo en el 2012 sobre el total de personas sin hogar por consumo de sustancias en Euskadi se encontró un total de 2.090 personas, 1139 se encuentran en el territorio de Bizkaia, es decir, el 54.5%, y 1.057 se localizan en la ciudad de Bilbao, es decir, el 50.5% del total de la población. La sustancia más consumida es la marihuana, seguida del alcohol. La heroína, debido a su impacto histórico en la sociedad vasca, es una sustancia que se sigue vigilando; en toda la comunidad los consumidores se encuentran en Bizkaia siendo un total de 23, de los cuales 17 se encuentran en Bilbao (EUSTAT, 2016).

Respecto a la Patología Dual solo se encontró una estadística del consumo de alcohol y patología asociada en donde se reveló que entre el 2012 y el 2014 en Bizkaia hubo un total de 2.602 hombres que padecían algún trastorno mental asociado al alcohol, 764 de ellos se encuentran en la OSI (Organización Sanitaria Integrada) de Bilbao-Basurto, esto implica un 33.36% sobre el total. Las mujeres, en el mismo periodo de tiempo, fueron 868 en Bizkaia encontrándose 262, 34.29% sobre el total, en la OSI de Bilbao-Basurto (Drogomedia, 2017).

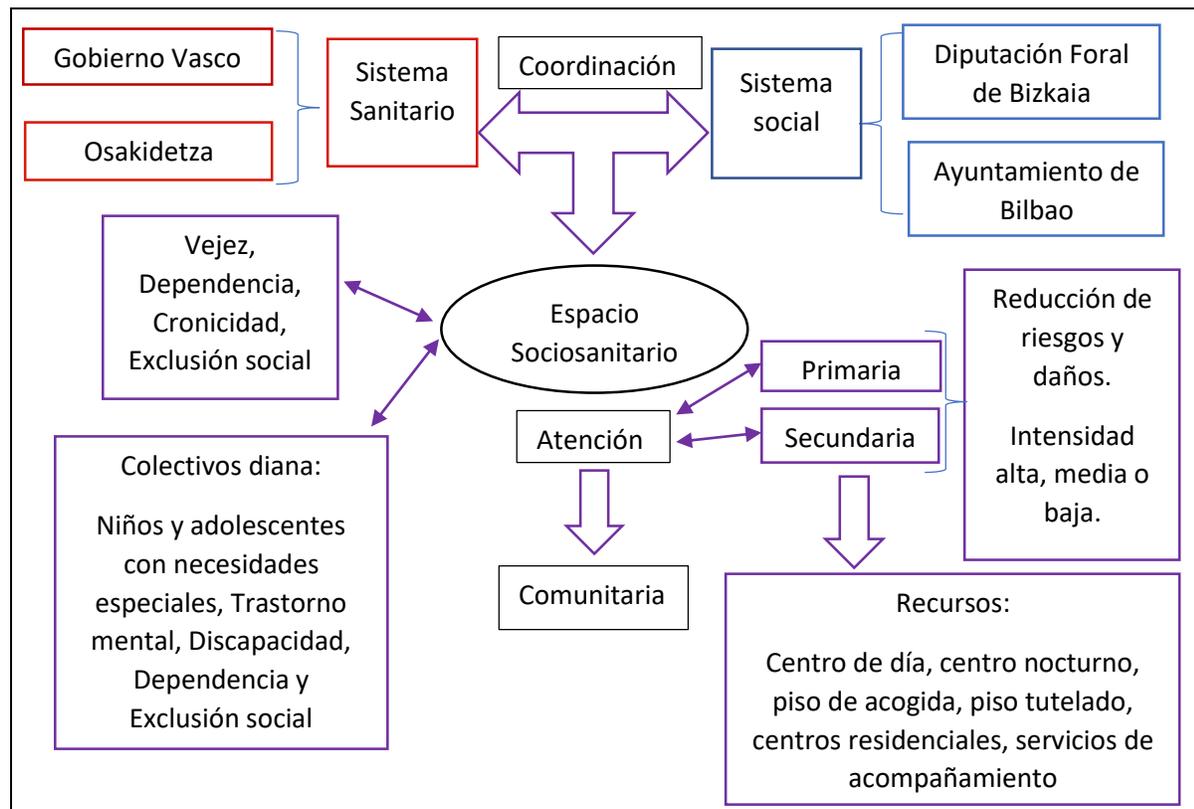
Estos datos señalan por un lado que la mayor atención se hace por parte de la red sanitaria, cuando en las entrevistas se evidenció que quienes “enganchan” a las personas para que puedan ser atendidas por los distintos sistemas y logren cumplir los requisitos son los recursos de reducción de riesgos y daños, de baja exigencia y otros que también se enmarcan en el espacio sociosanitario. Un segundo aspecto que da cuenta de la dificultad de atender a este colectivo es el hecho que solo se considere la patología dual sin tener en cuenta la situación contextual de la persona como lo es vivir en la calle, es decir, la estadística solo muestra enfermedades mentales en general asociadas

al consumo de alcohol, lo que dificulta ver la situación real de las personas. Hay que reconocer que es una población complicada y bastante volátil, lo que puede afectar la labor estadística.

No obstante, estos datos sí señalan que aún se ve por separado los tres aspectos- enfermedad mental, adicción y situación de exclusión social – conjugando solamente dos de ellos, estas tres situaciones son una realidad del País Vasco.

Euskadi: Gráfico de la Atención Sociosanitaria

Para concluir esta contextualización y resumir brevemente lo que se ha dicho se presenta a continuación una gráfica de elaboración propia que orienta la comprensión de la estructura de este espacio (Gráfica 1):



(Gráfica 1. Elaboración propia. Espacio Sociosanitaria de la CAPV.)

Contexto Bogotá:

Bogotá es la capital de Colombia, país ubicado en el norte de Sudamérica. A través de su historia amplia y diversa hay un fenómeno que sobresale en el tiempo y es la habitabilidad en calle. Se considera que una persona se encuentra en esta situación cuando permanece más de 30 días continuos en la calle teniendo dificultades para acceder a un baño, alimentación, techo, y en general acceso a la cobertura de sus necesidades básicas, y ocasionalmente hace uso transitorio de lugares especiales de alojamiento. Este fenómeno tiene un reconocimiento por parte de las administraciones públicas en el año 1995 (Moreno, 2014).

Uno de los factores históricos más relevantes en el surgimiento de este fenómeno es la violencia generalizada en el país que causó migraciones del campo a las grandes ciudades. Dentro de las múltiples consecuencias que tuvo, una de ellas fue el cambio de la estructura familiar en donde los hombres trabajaban en las industrias y las mujeres salían a realizar trabajos como los servicios domésticos, la costura, el cuidado de enfermos, entre otros, para que entre ambos llevaran el sustento del hogar. Las largas jornadas laborables de los padres implicaban dejar a los hijos solos durante el día, quienes permanecían gran parte de su tiempo en las calles. Así a mediados y finales del siglo XX se hablaba de “chinos” y “gamines”, denominaciones atribuidas a los niños y niñas que permanecían gran parte de su tiempo en la calle y eran referentes de pobreza, falta de educación, privados de cuidados y quienes cargaban con el imaginario de ser infelices (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Un hito que termina de reforzar la imagen social de estas personas se da luego del Bogotazo⁵ que deja varios de los barrios de la alta alcurnia bogotana destrozados llevándolos a movilizarse hacia el norte de la ciudad. Estos espacios baldíos comienzan a ser ocupados por las personas víctimas de la violencia del país estigmatizando los espacios por su pobreza, pero además se evidencia el fenómeno de tráfico y consumo de SPA en estos jóvenes, niños y niñas consiguiendo el dinero de su consumo a través de la recolección y venta de material reciclable (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

El fenómeno de la habitabilidad en calle comienza a ser verdaderamente visible a finales del siglo XX y comienzos del siglo XXI debido a las crisis familiares- ya descritas- que dejaban a

⁵ Bogotazo: Acontecimiento histórico del 9 de abril de 1948 en la capital colombiana cuando fue asesinado el líder político Jorge Eliecer Gaitán lo que creó pánico y caos en la ciudad alebrestándose las masas al punto de realizar una destrucción masiva de negocios, viviendas, y cuanto se encontraba a su paso.

los niños en situación de alta vulnerabilidad, la producción y tráfico de SPA con los carteles de drogas a lo largo del país. Esto tuvo como respuesta internacional la guerra contra el narcotráfico que pretendía detener la comercialización global de estas sustancias, lo que no impidió la expansión de este mercado al interior de la nación. Todos los estratos socioeconómicos se vieron permeados por el consumo siendo la diferencia el tipo de sustancias que se consumen. En las personas habitantes de calle y los estratos socioeconómicos de vivienda más bajos se consume bazuco, pegante, entre otras, mientras que la cocaína y las drogas sintéticas hacen parte de los estratos socioeconómicos de vivienda más altos (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Entonces la comercialización de SPA en el territorio nacional y la creación de barrios marginales en esta ciudad conllevan a un caso puntual y específico de Bogotá, la calle denominada “El Cartucho” sitio característico por ser el eje de expendio de drogas. Desde los sesenta comienzan a surgir bandas de control de las drogas que por medio del terror se adueñaban de las casas y de las calles así les tocara asesinar a las familias que habitaban esos espacios. Cada una de estas bandas inició el comercio de SPA desde cocaína, bazuco y marihuana, entre otras, como también surgió en la zona el tráfico de armas y crecía el ejercicio de la prostitución. Este espacio también fue el refugio y punto de reclutamiento de grupos al margen de la ley, así como escenario de la limpieza social (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

La denominada limpieza social, es un fenómeno que marco la vivencia de muchos habitantes del sector, es una acción violenta con diversas prácticas tales como la amenaza, el desplazamiento, la tortura y el homicidio. Es usada de forma selectiva e intermitente para difundir terror a las poblaciones y ejercer el poder en los territorios. Dentro de las víctimas de estas prácticas se encuentran las mujeres que ejercen la prostitución, los habitantes de calle, las personas que hurtan, entre otros (Pabón, 2017) Es un sector, una calle y una construcción social carente de la atención del Estado.

Luego de muchos años en la alcaldía de Antanas Mockus⁶ se consolida la iniciativa de terminar con esta calle, este mundo, iniciando con la contratación de un censo socioeconómico que acuña el concepto de habitante de calle para aquellos que con anterioridad fueron considerados como vagos. En el año 1998 hasta el 2001 se realizó la compra de los predios de esta calle para luego demolerlos, todo esto acompañado por iniciativas de inclusión social como abrir puntos de

⁶ Antanas Mockus fue alcalde de la ciudad de Bogotá en dos oportunidades, el primero periodo fue entre 1995 – 1998; y el segundo entre 2001 y 2003. Se distingue porque utilizó métodos pedagógicos para restablecer la convivencia ciudadana.

atención para tratamiento del consumo con el fin de abandonarlo, alojamiento de familias, capacitaciones laborales, etc. Sin embargo, el objetivo inicial de este proyecto fue la recuperación del espacio público siendo la inclusión social un medio para alcanzarlo y no un fin en sí mismo (Pabón,2017).

Ante la destrucción del Cartucho, se reconfigura el espacio en un parque llamado “Tercer Milenio”, no obstante, al lado de esta obra queda una pequeña calle en forma de “L” que mantuvo, fortaleció y perpetuó las mismas dinámicas que se daban en “El Cartucho”; este espacio se conoció con el nombre del “El Bronx”. Unas pocas cuadras con presencia de paramilitarismo, grupos guerrilleros, redes de narcotráfico prostitución, etc. Es decir, la realidad seguía igual para muchas de las personas que tenían un contacto permanente con esta zona. El parque es lindo y transformó un espacio, pero ¿cómo cambio la realidad del sector, de los consumidores y de los habitantes de estas calles?

Recordando aquella frase célebre atribuida a Einstein: “locura es hacer lo mismo una y otra vez, esperando obtener resultados diferentes”, nuevamente en la ciudad de Bogotá se desaloja en la madrugada del 28 de mayo del 2016 durante la alcaldía de Enrique Peñalosa⁷, aquella callecita en forma de “L” con la misma idea que estuvo latente en el proceso de “El Cartucho”: recuperar del espacio público. Igualmente, todo esto acompañado de un conjunto de acciones con fines de inclusión social que incluso tuvo como consecuencia el incremento del presupuesto distrital para la atención a diversos colectivos, tales como habitante de calle, madres víctimas de redes de explotación sexual, los niños, niñas y jóvenes que se encuentren en el proceso de desalojo, y todas aquellas almas que tenían un día a día en las múltiples realidades del país personificadas en unas calles de la capital. Desde la alcaldía de “Bogotá Humana”, es decir, la anterior administración con el acalde Gustavo Petro⁸, se planteó en el proyecto Ciudadela del Cuidado garantizar primero la cobertura de alimentación, alojamiento y salud para todas las personas habitante de esa zona antes de proceder a un desalojo. ¿Se hizo o no se hizo? Aun no queda claro.

Frente a este panorama hubo un conjunto de acciones para responder a las necesidades de los “gamines” por parte de las administraciones públicas en cada momento puntual del fenómeno. Una de ellas tiene su origen en 1970 cuando se crea el Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud – IDIPRON- que es una entidad de naturaleza pública descentralizada con

⁷ Enrique Peñalosa, alcalde de Bogotá en dos oportunidades: la primera vez fue de 1998 a 2000 y el segundo periodo es de 2016 hasta el momento.

⁸ Alcalde de Bogotá en el periodo de 2012 a 2015. Como dato curioso él es excombatiente de la guerrilla M-19.

autonomía administrativa. Como bien se puede evidenciar en su nombre, su población diana son los niños, niñas y jóvenes entre los 8 a los 28 años y su objetivo es garantizarles sus derechos con dignidad, respeto y libertad priorizando sus acciones en aquellas personas que se encuentren en gran vulnerabilidad (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). Para la restitución de derechos ellos hacen uso de un modelo pedagógico desde el afecto y la libertad en dónde forman a estas personas en competencias ciudadanas y laborales (IDIPRON, 2018).

Además de esta, en 1995 se crea el Programa Distrital de Atención al Habitante de la Calle que es asumido por el entonces llamado Departamento Administrativo de Bienestar Social, que es hoy la Secretaría Distrital de Integración Social. Por lo tanto, su responsabilidad era asumir la atención a la población habitante de calle desde los 22 a los 59 años. Y ya en el año 1998 se adopta el programa de Renovación Urbana que pretende hacer la recuperación de los barrios que en una época muy lejana hicieron parte de la alta clase social bogotana con el propósito de establecer el orden y normas en la ciudad.

Todo este panorama, es decir, iniciativas, programas, proyectos y la realidad quedan reconocidos y concretados en la Política Pública para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle del año 2015. En esta PP⁹ se reconoce a las personas que habitan la calle como sujetos de derechos lo que quiere decir, que, como cualquier ciudadano, tienen derecho a llevar una vida digna reconociendo las diferencias y la diversidad. Por lo tanto, la sociedad debe reconocer al habitante de calle como lo que son: personas, para que así se pueda llevar a cabo un proceso de inclusión social en donde se restablezcan sus derechos y se mejore la calidad de vida para toda la sociedad. Con lo cual el núcleo de esta política es dirigir todas las acciones que posibiliten garantizar los derechos a las personas afectadas por este fenómeno promoviendo la participación y movilización social para dignificar la vida de los y las ciudadanas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Durante la creación de esta política se plasmaron los factores que pueden llevar a una persona a habitar la calle que son: violencia intrafamiliar, abuso de sustancias psicoactivas, microtráfico, informalidad económica, migraciones y desplazamiento forzado. Específicamente en el censo del 2011 denominado VI Censo Habitantes de Calle se resalta como causas para habitar a calle el consumo de SPA diferente al alcohol, el deterioro de la red familiar, la búsqueda de medios de subsistencia, el abandono familiar, la falta de afecto, la muerte de familiares significativos, violencia familiar y la pobreza, etc. (CENSO, 2011).

⁹PP: Política Pública

Para llegar al diseño de la política pública se realizó en el 2012 un cabildo con los habitantes de calle en donde la administración se comprometió a diseñar y realizar un conjunto de acciones sociales con las personas de la zona de Los Mártires donde se incluyeron cuatro aspectos fundamentales: atención integral, manejo de adicciones de SPA, seguridad en el territorio e ingresos con el reciclaje (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

La política pública también tiene como base la necesidad de brindar respuestas integrales para la realización de los derechos de los y las ciudadanas habitantes de calle protegiendo y promoviendo los derechos del resto de los habitantes de la ciudad respecto a las tensiones sociales que genera este fenómeno en el entorno urbano y en la calidad de vida de toda la ciudadanía.

Esta política se finaliza en el año 2015, y para comprenderla bien es importante remitirse al Plan de Desarrollo Distrital 2012-2016 “Bogotá Humana”. En la rendición de cuentas del año 2015 se observa que en el eje 1¹⁰ respecto a “La ciudadela humanidad un lugar para la dignificación en la diversidad y en el ejercicio de los y las ciudadanas habitantes de calle” se garantizó y protegió los derechos de 13.489 ciudadanos a través de 10 centros y una unidad de autocuidado móvil que funcionaba a través de una alianza público-privada. En estos recursos se brindó atención integral, autocuidado, acogida y desarrollo personal, además se modificaron prácticas de rechazo hacia ellos y ellas con contacto activo, acciones culturales en la calle y adornos en parques.

En cuanto al convenio de recuperadores ambientales se contó con la participación de habitantes de calle centrándose en los canales y cuerpos hídricos que atraviesan la ciudad realizando recuperación ambiental de distintas zonas; y finalmente se avanzó en la formulación de política pública de habitabilidad en calle.

Dentro de este mismo eje (1) se encuentra el “Reconocer y garantizar el ejercicio, restablecimiento y reparación de los derechos para toda la ciudadanía”, en este se recuerda que el objetivo del plan de desarrollo “Bogotá Humana” era contribuir a la construcción de territorio de vida y paz desde el enfoque diferencial y a través de la reconciliación promoviendo una sana convivencia entre los habitantes de la ciudad; para esto se requería de la reparación y realización de los derechos humanos de los grupos más vulnerables de la población.

Acciones de restablecimiento de derechos fueron los Centro de Atención Móvil de Drogodependientes -CAMAD- que surgen como un acercamiento al ciudadano con habitabilidad

¹⁰ Eje 1: Una ciudad que supera la segregación y la discriminación: El ser humano en el centro de las preocupaciones del desarrollo.

en calle y los jóvenes en condición de vulnerabilidad ofreciendo servicio de promoción y prevención en salud canalizando el acceso a los servicios asistenciales y programas de tratamiento en salud mental. En total se pusieron en funcionamiento 17 CAMAD¹¹ que realizaron una atención integral en salud sin barreras para los consumidores de SPA a través de actividades multidisciplinarias. Desde el 2012 hasta el 2015 se realizaron 116.978 atenciones a 32.522 personas (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Ante el cambio de administración de Gustavo Petro a Enrique Peñalosa se ha de tener en cuenta el Plan de Desarrollo¹² Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá. D.C 2016-2020 “Bogotá Mejor para Todos” ya que, aunque la política pública permanece, hay cambios dentro de la atención y programas que atienden a la población que se encuentra en situación de exclusión social. Primero, hay que entender que los pilares y ejes transversales prevén la intervención pública para atender a la población más vulnerable para lograr la igualdad en la calidad de vida, materializándose el principio de igualdad de todos ante la ley dándose las condiciones para la construcción de comunidad.

Dentro del pilar 1¹³ en su artículo 11¹⁴ se tiene como objetivo implementar acciones integrales orientadas a la población más vulnerable, entre esas habitantes de calle, trascendiendo la visión asistencialista a partir del fortalecimiento de las capacidades y el aumento de oportunidades en función de la protección y goce de los derechos, el desarrollo integral, la inclusión social y el respeto a la dignidad de las personas. Para esto se realizarán estrategias de promoción, prevención, atención y acompañamiento para la mejora de la calidad de vida y la construcción de un proyecto de vida autónoma (Alcaldía de Bogotá, 2016).

El desarrollo de los proyectos los lleva a cabo cada una las distintas secretarías, en el caso que nos compete, la Secretaría Distrital de Integración Social o SDIS, la cual tiene como objeto orientar y liderar la formulación y desarrollo de políticas públicas de promoción, prevención, protección y restablecimiento con énfasis en la prestación de servicios sociales básicos para quienes se encuentren en situación de pobreza, vulnerabilidad, riesgo social o en situación de exclusión social. Ante el nuevo Plan de Desarrollo se definieron tres líneas estratégicas con sus objetivos. Quedan distribuidos de la siguiente forma (Figura 3):

¹¹ CAMAD: Centro de Atención Móvil de Drogodependientes

¹² Plan Distrital de Desarrollo: PDD

¹³ Igualdad y calidad de vida.

¹⁴ Igualdad y autonomía para una Bogotá incluyente.

Figura 3 <i>Líneas Estratégicas del Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos”</i>	
Líneas estratégicas	Objetivos
1. Propósito misional: Desarrollar acciones e instrumentos de gestión de la entidad relacionados con la naturaleza institucional y su identidad.	1.1 Formular e implementar políticas poblacionales con enfoque diferencial.
	1.2 Diseñar modelos de atención integrales para el desarrollo de capacidades que faciliten la inclusión social.
	1.3 Diseñar e implementar estrategias de prevención de forma coordinada con otros sectores para reducir factores sociales que generan violencia y vulneración de derechos.
2. Gestión del conocimiento para la toma de decisiones: Conocimiento de la secretaría para comprender la realidad, dinámicas y transformaciones contando con argumentos para tomar decisiones.	2.1 Generar información oportuna, veraz y de calidad desarrollando un sistema de información y de gestión del conocimiento con el propósito de soportar la toma de decisiones, realizar seguimiento, evaluar la gestión y la rendición de cuentas institucional.
3. Eficiencia institucional: Relación entre la rentabilidad y beneficios sociales respecto a los esfuerzos y recursos que se demandan, así como a la forma que orienta el cumplimiento de sus funciones.	3.1 Fortalecer la capacidad institucional y el talento humano optimizando la operación interna, mejorando los procesos y procedimiento, desarrollando competencias para mejorar la productividad organizacional y la calidad de los servicios.

(Figura 3: Realización propia tomada de Informe Gestión 2016. Plan Distrital de Desarrollo “Bogotá Mejor para Todos” (2016))

Considerando los pilares y objetivos que se tienen durante esta alcaldía para la atención a esta población es importante dar cuenta de los proyectos de inversión que es la relación entre los proyectos estratégicos del PDD con el proyecto de inversión del SDIS. En este caso el primero es el “108 prevención y atención social integral para el abordaje del fenómeno de la habitabilidad en calle”, en cuanto al proyecto de inversión de la SDIS sería el “1108 Prevención y atención integral del fenómeno de habitabilidad en calle”.

Ante los servicios sociales de habitantes de calle se tiene como objetivo promover la inclusión social de estos ciudadanos y las poblaciones más vulnerables a través de la prevención, desarrollo de capacidades, atención social integral y ampliación de oportunidades para superar la situación. El fenómeno se aborda desde dos estrategias y tres modalidades de atención que son:

Estrategias:

- 1- Estrategia de prevención de la habitabilidad en calle: Se busca disminuir el impacto de los factores que motivan o presionan el inicio de la habitabilidad en calle. Para esto se trabaja la capacidad de toma de decisiones tanto consigo mismo, con los demás y con el entorno.
- 2- Estrategia de abordaje territorial del fenómeno de habitabilidad en calle: La ruta de atención inicia con los equipos de contacto activo de la subdirección para la adultez donde se les invita a participar en los hogares de paso en horarios diurnos y nocturnos; si aceptan son trasladados en las camionetas de la entidad, y de no estar interesada la persona se realiza un proceso de atención en calle con actividades educativas que les facilite la resolución de conflictos por medio del diálogo, o actividades del cuidado del entorno. Esto se hace a través de acompañamiento y seguimiento activando servicios y rutas de atención local.

Estas dos estrategias cuentan con tres modalidades de atención que son:

- 1- Modalidad de atención transitoria: Su objetivo es que las personas inicien procesos de superación de la habitabilidad en calle haciendo uso de hogares de paso de día y/o de noche teniendo la oportunidad de experimentar espacios para vivir un día diferente al que les es habitual gozando de descanso adecuado, alimentación, actividades de capacitación y esparcimiento. Ya si la persona desea continuar un proceso más formal se hace un análisis de su situación definiendo su paso al Centro de Atención Transitoria para permanecer de 2 a 5 meses continuos en el lugar.
- 2- Modalidad comunidades de vida: Cuando una persona requiere de un acompañamiento prolongado en su proceso de inclusión se remite a la Comunidad de Vida con un promedio de estancia de 9 meses. Aquellos que accedieron a los Centros de Atención Transitoria y a las Comunidades de Vida pueden acceder a los Centros de Formación para el Estudio y Formación para el Trabajo, esto con el fin de iniciar un proceso de inclusión económica. Ante los casos de alta dependencia la persona es remitida al Centro de Protección de Alta Dependencia Funcional, Física, Mental o Cognitiva, donde las personas quedan institucionalizadas.
- 3- Modalidad de Enlace Social y Seguimiento: Cuando las personas finalizan sus procesos en los centros de atención cuentan con apoyo en Casa de Egreso, donde se brinda alojamiento durante 2 meses mientras que la persona fortalece su autonomía, sin embargo, el apoyo psicosocial a esta persona y su familiar se mantiene hasta que haya logrado la sostenibilidad

de la superación en calle. Cuando la persona recae ingresa a la modalidad más acorde a sus necesidades y características.

Respecto a lo anterior la SDIS tiene un programa de atención integral para habitantes de calle que su objetivo es disminuir la discriminación que sufren estas personas y generar alternativas de promoción para el ejercicio de la ciudadanía, de prevención integral y estrategias de atención para el restablecimiento de sus derechos. Este programa tiene cuatro momentos ya mencionados en las modalidades que son (SDIS, 2017):

- 1- Centro de autocuidado permanente o móvil, en el cual se coordinan los servicios de salud y alimentación para promover hábitos saludables, realizar actividades familiares y comunitarias para la inclusión.
- 2- Centro de acogida Día y Noche, que ofrece atención psicosocial, abordaje terapéutico, ejercicios de corresponsabilidad entre las instituciones, la familia y la comunidad, brinda cobertura de alojamiento y alimentación.
- 3- Centro de protección al ciudadano habitante de calle con alta dependencia funcional, en este se ofrece atención integral y permanente a las personas fortaleciendo sus hábitos de higiene, alimentación y sueño, ofrece tratamiento terapéutico de atención integral en el desarrollo personal, familiar y comunitario atendiendo a comportamientos adictivos, deterioro físico, mental o cognitivo. El objetivo es la autonomía e incrementar su funcionalidad mejorando su calidad de vida.
- 4- Comunidad de vida: Es un centro que atiende a personas en condición de alta vulnerabilidad y dependencia funcional (física y mental) que en la mayoría de los casos no cuentan con redes familiares. La atención se orienta a mejorar su calidad de vida, evitando el deterioro a través de un plan integral individual y apoyo psicosocial. Este cuenta con alternativas innovadoras como huertas, piscina, terapia ocupacional, etc.

En cuanto a los datos estadísticos se tiene como referencia el censo del 2011 el cual se aplicó a un total de 9614 personas siendo efectivo el contacto con 8.312 de las cuales el 88,9% fueron hombres y el 10,95% fueron mujeres y el 0,05% intersexuales. De esta población el 59,17% son nacidas en Bogotá, el 40,18% nació en otro municipio y el 0,24% son de otro país. En los rangos de edad se encuentra que el 0,12% está entre los 0 a 5 años, el 0,19% entre 6 y 13 años, el 2,12% entre 14 a 17 años, el 21,16% entre los 18 a 26 años, el 69,69% entre 27 y 59 años, el 6,08% entre

60 y más. Esto implica que el grueso de la población son hombres entre los 27 y 59 años (SDIS, 2015).

Respecto al tiempo de permanencia en la calle 2136 llevan entre 0 a 5 años, 1.213 entre 6 a 10 años, 1.292 entre 11 a 15 años, 892 de 16 a 20 años, 164 de 21 a 25 años, 480 de 26 a 30 años, y 913 más de 30 años; no hay información de 6.222 personas. Las razones para habitar la calle del 44,30% se relaciona con las dificultades en la red familiar primaria o secundaria, y el 33,75% con el consumo de SPA (SDIS, 2011).

Al ser el consumo de sustancias psicoactivas un elemento principal se observó que la gran mayoría son consumidores de cigarrillo con el 83,3%, seguido del consumo de bazuco con el 75 % de la población, marihuana con el 62,1%, el alcohol con 46,5%. La menos consumida es la heroína, cocaína, pepas e inhalantes. En el cruce de datos se muestra que la edad de inicio de la heroína está entre los 23 y 24 años, el bazuco y la cocaína se inicia hacia los 18 años, otras sustancias psicoactivas como pepas, alcohol e inhalables entre los 17 y 18 años; y finalmente, la marihuana y el cigarrillo son las sustancias que se inician más temprano entre 15 y 14 años respectivamente (SDIS, 2011).

Estos datos estadísticos revelan características de la población, pero también permiten dilucidar el alto porcentaje de personas que se encuentran en situación de habitabilidad en calle, lo que lleva a la construcción de las PP.

Esta PP es un conjunto de acciones estratégicas que buscan transformar las realidades sociales de los ciudadanos promoviendo la equidad y mejorando la calidad de vida de todos y todas. Por lo cual parte de once principios que son (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015):

1. Interés superior de los niños, las niñas y los adolescentes, que se refiere a la obligación que tienen todas las personas a garantizar la satisfacción integral y simultánea de todos sus derechos.

2. Titularidad de derechos, en el cual todas las personas en riesgo o son habitantes de calle se reconoce como sujetos plenos de todos los derechos.

3. Efectividad de derechos, teniendo como obligación las administraciones públicas de adoptar medidas para hacer efectivos los derechos de los y las habitantes de calle.

4. Diversidad, “es un principio que reconoce la multiplicidad y pluralidad de entidades, condiciones y expresiones humanas que enriquecen y recrean la vida.” (Alcaldía de Bogotá, 2015)

5. Equidad, que hace referencia a la conjugación de la igualdad y diversidad dando cuenta de las injusticias y desigualdades sociales que son evitables y no naturales, como, por ejemplo, el rol

socialmente atribuido a las mujeres de cuidadoras y el hombre como proveedor de medios económicos en el hogar.

6. Participación social, el cual es un derecho de los ciudadanos que permite que se reconozcan como sujetos de derechos exigiendo y contribuyendo a la garantía, protección y restitución de los mismos. El Estado debe garantizar todos los derechos recalándose la libertad de expresión y asociaciones para desarrollar actividades que favorezcan al bien común, brinden la opción de elegir y ser elegido haciendo parte de los asuntos públicos, accediendo a información cierta, oportuna, confiable y suficiente.

7. Universalidad, basado en la carta universal de derechos humanos, afirma que todos los seres humanos son titulares de derechos.

8. Progresividad supone el compromiso de los actores a iniciar el proceso.

9. Gradualidad, hace referencia a la responsabilidad estatal de diseñar herramienta con alcance de tiempo definido igual que espacio y recursos que permiten la implementación de planes, estrategias y proyectos de atención.

10. Autonomía personal, siendo la posibilidad que cada persona tiene de decidir sobre su vida, por lo cual los profesionales deben acordar con cada uno de ellos la toma de decisiones sobre su proceso de atención e intervención.

11. Intersectorialidad y transectorialidad, aquí se hace relevante la coordinación, el encuentro y subsidio de los distintos niveles de la administración pública en diálogo con los actores involucrado.

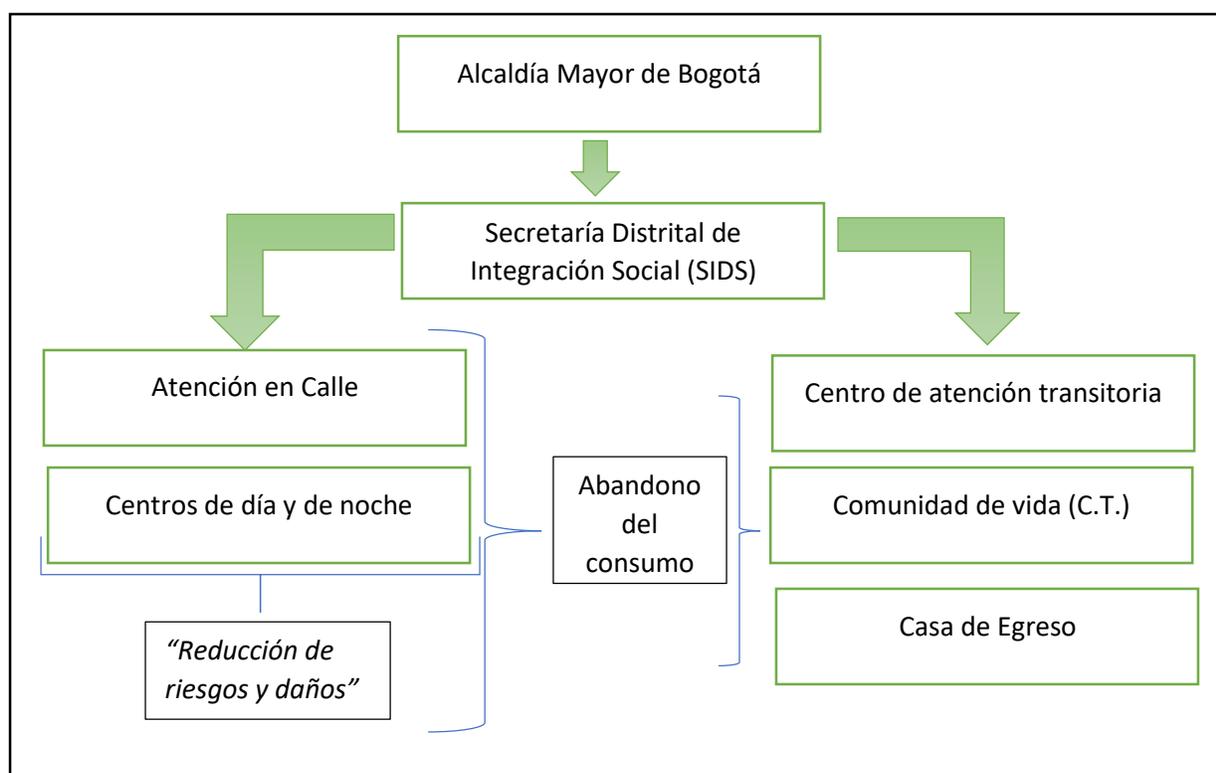
Todos estos principios hacen parte de derechos fundamentales, por lo cual, atender a esta población es una cuestión de derecho tanto para el sujeto como para la sociedad en general. Los actores involucrados en este fenómeno son las instituciones públicas garantes de los derechos, pero además las comunidades, organizaciones, redes de apoyo, familiares, el sector privado y las académicas, pues todos contribuyen a la permanencia o transformación del fenómeno, a la financiación e investigación del mismo. Esto quiere decir que es un fenómeno que nos compete a todos.

Ante esto el objetivo general es: “resignificar el fenómeno de la habitabilidad en calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectoriales, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los Ciudadanos y Ciudadanas Habitantes de Calle, en el marco de la promoción,

protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyen a su inclusión social, económica, política y cultural, así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle.” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015)

En conclusión, Bogotá a través de su historia ha tenido una preocupación por este fenómeno y más porque se ha caracterizado por concentrarse en zonas específicas de la ciudad construyendo percepciones de inseguridad y peligrosidad en estas. Esto ha llevado a implantar distintas respuestas ante el fenómeno siendo la más reciente la construcción de una política pública en el año 2015, realizada de manera colaborativa con las personas que vivencian esta situación, las organizaciones que trabajan en pro de esta población y toda la ciudadanía construyendo una estrategia de acción y atención basada en la garantía de derechos.

Bogotá: Gráfico de la atención dirigida al habitante de calle



(Gráfica 2. Elaboración propia. Atención dirigida al Habitante de Calle)

Relación entre contextos:

Bogotá y Bilbao son dos ciudades con contextos socio históricos muy diversos, así como sus grados de complejidad y sus estructuras, entonces ¿qué pueden tener en común? Hay varios aspectos a destacar siendo uno de ellos la responsabilidad de las instituciones públicas para garantizar los derechos de toda la población. Se hace hincapié en las personas que tienen una especial vulnerabilidad, como lo es correr el riesgo o estar en una situación de exclusión social.

Uno de los derechos más importantes a defender es el de la dignidad humana, base de todos los demás. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) reconoce la dignidad humana como el derecho que tiene cada ser humano de ser respetado y valorado como ser individual y social; por lo tanto, las personas tienen derecho a vivir su vida libremente y tener opciones para elegir. Cumplir con ello demanda la cobertura de las necesidades básicas, así como estar incluido en la vida social, pues permite llevar a cabo el proyecto de vida.

Esta responsabilidad exige un compromiso por parte de las administraciones quienes han creado planes, estrategias, proyectos, leyes y políticas públicas que dan respuesta a las necesidades que presenta la población y orientan la atención que reciben. Igualmente se encargan de identificar los factores que pueden conducir a una persona a este tipo de situaciones creando estrategias de prevención.

Es aquí donde emerge otro elemento en común. Las dos ciudades han precisado su intención trazando sus objetivos y el camino que han de recorrer para alcanzarlos, estos son los documentos públicos, lo que quiere decir que se han pensado una serie de servicios que garantizan la cobertura de las necesidades básicas, abrieron espacios de atención para estar, hablar y reflexionar siendo acompañados los participantes por los distintos profesionales de diversas disciplinas.

Para lograr esta demarcación realizaron una lectura de la población dando cuenta del carácter multidimensional de los sujetos que exigen intervenciones interdisciplinarias. Es así como los sistemas sociales, educativos, judiciales, sanitarios, etc., deben trabajar conjuntamente. En esta investigación hago énfasis en el sistema social y el sanitario, pues el primero apoya el proceso de inclusión social, mientras que el segundo contribuye a la salud física. En conjunto estos sistemas abordan la salud mental de estas personas contribuyendo al mejoramiento del bienestar y la calidad de vida.

Asimismo, caracterizar a la población y el pensarse estrategias de intervención permite evidenciar a los distintos actores involucrados en el fenómeno quienes son: las comunidades,

familias, organizaciones y el colectivo que vivencia esta situación. Cada uno cuenta con un nivel de participación e impacto diferente en las vivencias del territorio y el mismo fenómeno, pues si bien la responsabilidad de velar por los derechos es de las administraciones públicas, la transformación social solo es posible en la medida que todos nos impliquemos y participemos de esta.

Las instituciones al ser un actor principal, han planteado desde cada contexto una distribución y organización diferente en cada uno de sus sistemas. Por ejemplo, en el sistema sanitario vasco está la división de la atención primaria y la secundaria; y en el caso de Bogotá vemos como proyectos de planeación se delegan a las secretarías distritales. Hay que ver dentro de esta división qué tan clara y eficiente es la repartición de funciones, la facilidad del acceso y las transiciones por los distintos niveles, cómo es la comunicación dentro de cada sistema y entre estos. En el capítulo dos se ahondará en este aspecto teniendo en cuenta la voz de los distintos entrevistados.

Ahora bien, teniendo presente el sentido de responsabilidad, la dignidad humana y la necesidad de cooperación entre los distintos sistemas y los actores del fenómeno como aspectos convergentes, hay que dar cuenta de las divergencias que son aquellas que nos permiten dilucidar las tensiones existentes de cada uno de los contextos, así como permite aclarar porque no es posible hacer una comparación de los contextos.

En el caso de Bilbao ante la alarmante situación de la heroína en el territorio se comenzaron a sentar los cimientos de la atención manteniéndolos a lo largo del tiempo haciendo las adaptaciones pertinentes a los cambios contextuales y realidades de los usuarios, como bien se puede identificar en las modificaciones que se han hecho a la Ley de Servicios Sociales o ante las Líneas Estratégicas su creación y continuidad. Es aquí donde surge el espacio sociosanitario pues se dieron cuenta que las actuaciones fragmentadas solo causaban malestar a los usuarios y no lograban suplir todas las demandas del sujeto, así se consolida una estrategia de trabajo conjunto.

Lo complejo de esta unión es que cada uno de los sistemas tiene una maduración diferente, teniendo una mayor trayectoria el desanidad. También cada uno fue consolidando sus objetivos, prioridades, modo de financiación e incluso sus leyes, lo cual hace más ardua la comunicación y la relación, ya que tiene que haber un respeto a los procesos que cada sistema ha realizado en la construcción de sí mismo sin haber una imposición de ninguno de los dos. También cada una de las administraciones cuenta con un papel diferente dentro de los sistemas siendo sanidad

responsabilidad del Gobierno Vasco, mientras que los recursos sociales son de las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos. Por esto es que se ha considerado al modelo de coordinación como el más adecuado para generar una convergencia y simetría entre los sistemas, sus distintas estructuras y las administraciones, con todos los retos que supone.

Ante este planteamiento surge la siguiente pregunta ¿cómo está funcionando en el día a día esta coordinación? ¿se aplica tal cual a la realidad lo que se ha plasmado hasta el momento en los documentos institucionales? Una breve pista que conduce a la respuesta es la evaluación realizada de las líneas estratégicas del espacio socioanitario en las cuales se señala en sus resultados la necesidad de trabajar más en la relación institucional; también se reconoce el avance en el proceso diagnóstico desde ambos sistemas, pero aún falta trabajar más en la atención.

Recordemos que la pregunta de investigación hace referencia a la patología dual, esta es mencionada de manera indirecta tanto en el colectivo al ser referencia las personas con situaciones crónicas o dependencias, y en la red de salud mental, quienes reconocer abordar esta población, pero ¿cómo se hace? ¿cuáles son las rutas de atención? ¿qué pasa cuando la persona se encuentra en situación de exclusión social? En los siguientes capítulos se pretende abordar estas cuestiones. No obstante, es importante resaltar que se reconoce la existencia de esta población.

En el caso de la ciudad de Bogotá la política pública es el documento que concreta cómo se comprende el fenómeno, cuáles son los principios por los cuales se debe regir la atención y da cuenta de los actores involucrados, además pone en la agenda pública la necesidad de crear mecanismos de atención para abordarlo. Sin embargo, en las transiciones de alcaldía hay un cambio constante de los programas de atención, eliminando algunos y creando nuevos, esto no permite darle una continuidad a la atención e intervención ya que cada cuatro años pueden ser cambiados los recursos o en el mismo transcurso de la gobernación del alcalde de turno.

¿Qué puede llegar a producir estos cambios? Que los usuarios se pierdan en los procesos y los mismos sistemas, que desistan de asistir o hacer procesos ya que en algún punto puede que se queden sin la ayuda que están recibiendo y si no están lo suficientemente fuertes para asumir por sí mismos su vida retornan a las mismas dinámicas ¿entonces qué sentido tiene querer cambiar de vida si es posible perder esta opción?

Por otro lado, hay una particularidad a resaltar y es la relación entre el espacio público y los programas de atención a las poblaciones vulnerables. Primero por la sectorización de la ciudad, los imaginarios que se producen respecto a los barrios y determinadas zonas haciendo que personas

con determinadas características solo puedan ubicarse “en el sector que le corresponde”, que puede deberse en parte al poder adquisitivo de cada quien. Esto, más la situación de conflicto interno del país, ha generado unos barrios marginados que han de buscar su subsistencia a como dé lugar abriendo el espacio a negocios de segregación, como lo es el microtráfico de SPA.

Como consecuencia de esta división territorial, está en segundo lugar, la sensación de peligrosidad que produce estas concentraciones impidiendo a la ciudadanía en general poder moverse con libertad y tranquilidad por todo el territorio. Así, parte de la recuperación del espacio público está direccionada a rescatar la arquitectura, poder volver a hacer las zonas habitables y con experiencias de seguridad para la ciudadanía. Las intervenciones al Cartucho y al Bronx implicaron hacer frente a los grupos y organizaciones que manejaban negocios ilegales, como también evidenciar la necesidad de apoyo social, sanitario y educacional a una población con alta vulnerabilidad.

No obstante, se puede denominar que las acciones contra estos negocios y la atención a la población son “tangenciales” dado que el principal objetivo es recuperar estos espacios como si tuvieran que volver a ser parte de la ciudad, casi que un proceso de conquista y colonización de la lógica de la ciudad.

Ante las dos intervenciones que ha realizado la alcaldía – Cartucho y Bronx- queda demostrado que no ha sido una solución del fenómeno de la habitabilidad en calle ni de los negocios ilegales pues solo han cambiado de nichos ¿cuál es la pretensión real de estas intervenciones? ¿qué hace que aún se considere como una acción que puede responder a este fenómeno?

Ahora bien, hay que rescatar que se piensan en acciones sociales, en intervenciones y formas de atención a cargo de la SDIS. En sus programas, objetivos y centros de atención hay un énfasis en la atención a las personas en situación de habitabilidad en calle, la cual se ha asociado al consumo de SPA, pero no hay una mención a la salud mental a cómo se considera dentro de sus objetivos y sus estrategias. Si bien hay un centro institucionalizado para personas con alta dependencia funcional física, mental o cognitiva no queda claro cuál es el proceso de las personas ¿solamente quedan institucionalizada? ¿cuál es la atención que recibe? ¿cómo se está entendiendo la salud mental de la población?

Con estas tensiones se observa que el fenómeno solo tiene unas cuantas características en común en ambas ciudades que son: situación de exclusión social y personas que consumen y abusan de SPA. Hay una mención de la salud y enfermedad mental, en diferentes grados, pero las acciones

al colectivo que presenta PD no son claras con lo cual se mantiene la pregunta ¿qué están haciendo cada una de las ciudades para dar respuestas a las personas en situación de exclusión social y con PD?

La diferencia del fenómeno es una de las principales razones por las cuales no es posible hacer una comparación entre los contextos. Incluso la forma en que cada contexto experimenta el fenómeno es diferente; en Bogotá hay una clara relación del territorio con el fenómeno que ha demandado respuestas distintas; mientras que en Bilbao hay un trabajo mucho más comunitario. Esto se debe a la historia y desarrollo de la situación teniendo un carácter más continuo las acciones que se hacen en el contexto bilbaíno que las acciones del contexto bogotano.

La diferencia permite que se cree un diálogo entre los contextos, generando reflexiones a partir de las distintas acciones y modelos con el fin de pensar alternativas distintas de atención e intervención como lo es la importancia de la continuidad de los programas, los recursos y servicios de atención.

Capítulo 2: Particularidades de los Sujetos y Estructuras en sus Contextos

En el capítulo anterior se mostró la estructura del sistema de atención de ambas ciudades finalizando con un gráfico que sintetiza cómo desde mi postura de investigadora entiendo las conexiones entre las instituciones de cada contexto para atender a personas que se encuentran en situación de exclusión social o habitabilidad en calle y que presentan patología dual siendo una aproximación inicial desde los documentos institucionales. El capítulo uno finaliza con la relación de Bilbao y Bogotá reconociendo aquellos aspectos divergentes, convergentes y las tensiones que presenta cada uno, haciendo evidentes los actores principales implicados.

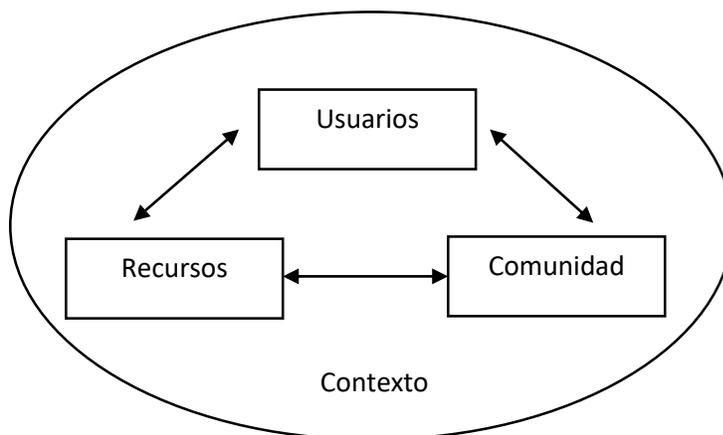
Ahora en este segundo capítulo se abre el espacio a la voz de los entrevistados para ir profundizando en las características de cada colectivo, entendiéndolo como los usuarios con PD¹⁵ que se encuentran en situación de exclusión social, dando cuenta de quienes son estas personas a grandes rasgos, sus principales necesidades y especificidades. Esto permite dilucidar cómo surgen y se piensan los recursos, que son las organizaciones e instituciones que los atienden.

Ahora bien, estos dos actores – usuarios y recursos- están inmersos en un contexto geopolítico, social y cultural específico que determina una diferencia en la relación usuario – recurso. En estas interacciones surge un tercer actor particular de cada ciudad; en Bilbao es la comunidad (figura 1) y en Bogotá es la Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle (figura 3). Nuevamente comprender estas diferencias darán pie para el diálogo entre ambas ciudades.

Dado que sobresalen las voces de los entrevistados me parece importante plasmar en un gráfico (figura 2 y 4) los recursos participantes y la voz de estos para lograr diferenciar si se encuentran en atención directa o en gestión, y así el lector se pueda situar a lo largo del capítulo. También, por cuestiones de confidencialidad se cambiará el nombre de cada uno de los entrevistados haciendo mención a la institución a la cual pertenece, aunque la voz del entrevistado no es una generalidad institucional, sino su experiencia y narrativa ante el fenómeno.

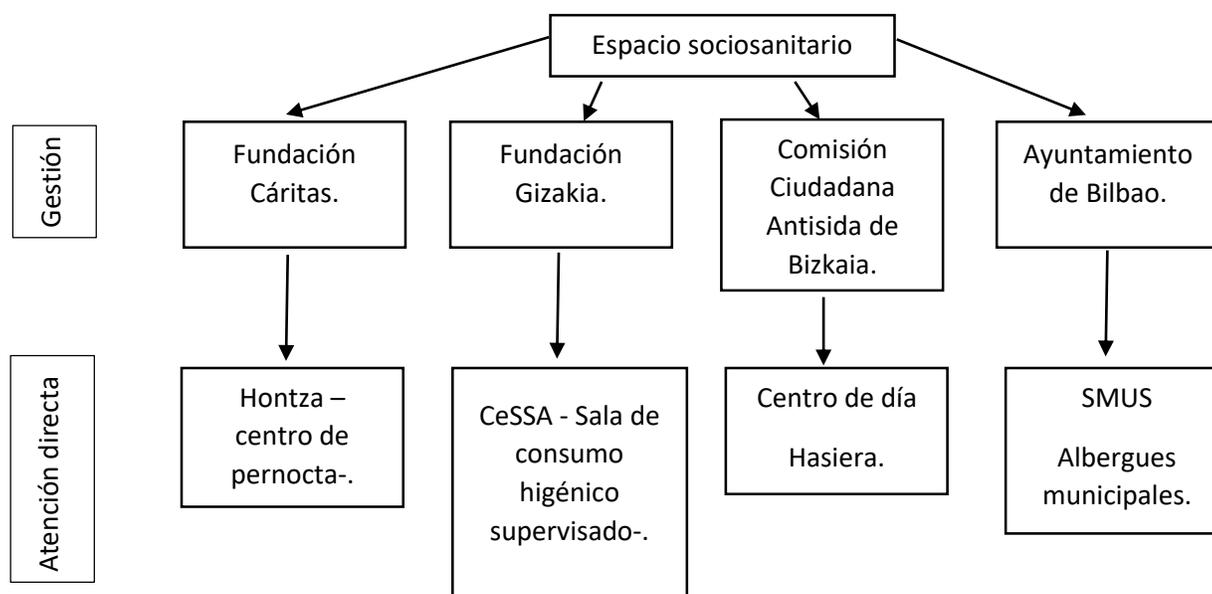
¹⁵ PD: Patología Dual.

Figura 1.

Relación entre actores de Bilbao

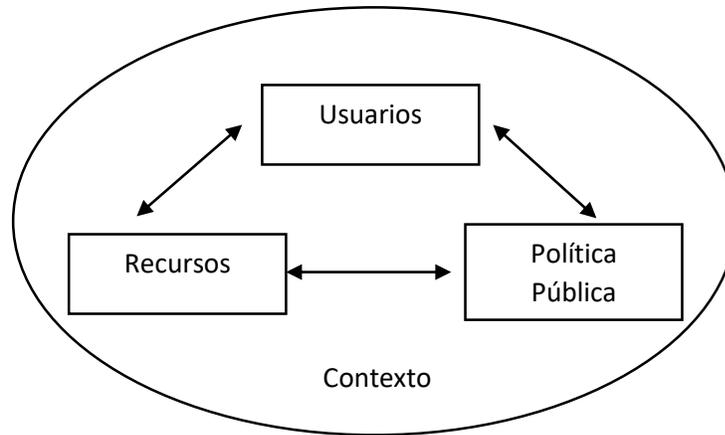
(Figura 1. Relación entre actores de la investigación en la ciudad de Bilbao. Elaboración propia)

Figura 2.

Recursos participantes de la investigación.

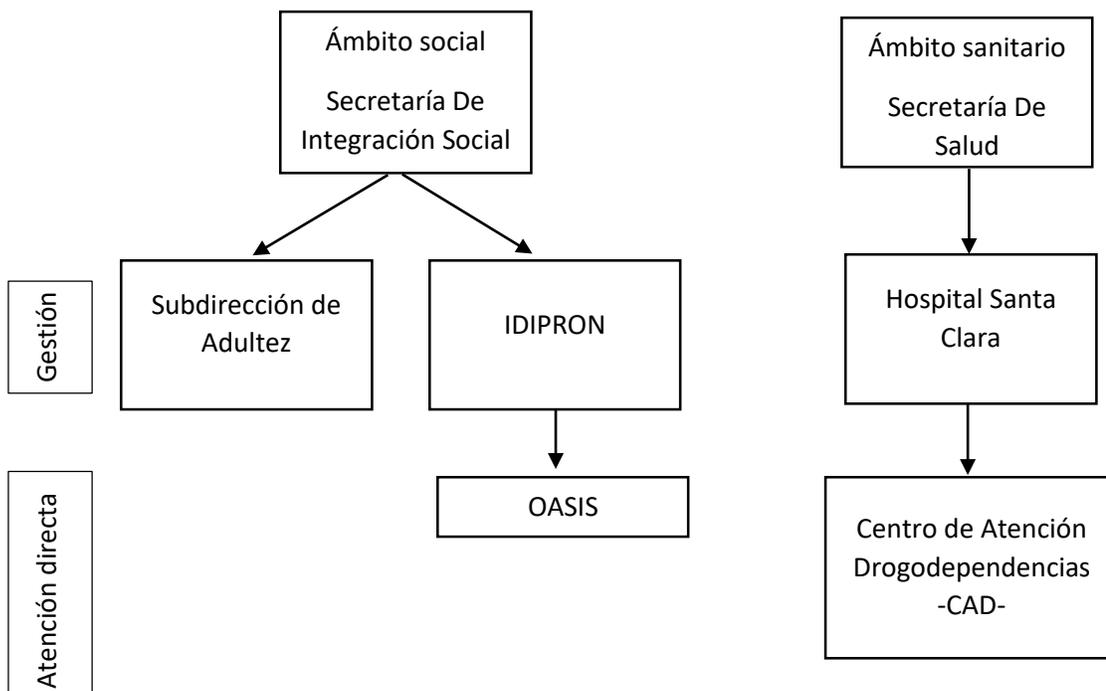
(Figura 2. Cuadro de recursos de Bilbao tenidos en cuenta en el desarrollo de la investigación. Elaboración propia.)

Figura 3.

Relación entre actores Bogotá

(Figura 3. Relación entre actores de la investigación en la ciudad de Bogotá. Elaboración propia, 2017)

Figura 4.

Recursos participantes de la investigación.

(Figura 4: Cuadro de recursos de Bogotá tenidos en cuenta en el desarrollo de la investigación. Elaboración propia)

Bilbao: entre montañas y solidaridad

Características “generales” de los usuarios en situación de exclusión social: Bilbao¹⁶.

Las personas que asisten a los recursos de reducción de riesgos y daños pertenecientes al espacio sociosanitario de la ciudad de Bilbao son usuarios mayores de 18 años que se encuentran en situación de exclusión social, y pueden ser consumidores o ex consumidores de sustancias psicoactivas (SPA); la mayoría de recursos afirman abordar el consumo en activo¹⁷, no obstante, cada recurso tiene unas particularidades en donde se mantiene un perfil de usuario similar, pero hay aspectos que cambian. Por ejemplo, la Comisión Ciudadana Antisida de Bizkaia – Bizkaisida - trabaja con personas que tienen alguna enfermedad infectocontagiosa, y además hacen acompañamiento a personas consumidoras en activo; la sala de consumo supervisado -CeSSA- trabaja con persona en consumo activo de cocaína y/o heroína bien sea consumida por vía intravenosa o fumada; en Hontza se dieron cuenta que no toda persona que está en situación de sin hogar es usuaria de SPA, por lo cual se ha quitado ese criterio como requisito de acceso; en Hasiera (H, Huizi, comunicación personal, 2017) se ha preferido decir que “atendemos a personas con fragilidades sociales¹⁸”; y el Ayuntamiento de Bilbao tiene claro que su espacio sociosanitario atiende a personas convalecientes¹⁹ y sin hogar.

La manera en que se ha descrito la población implica que hay un tipo de rótulo con el fin de ubicar tanto el recurso como a los usuarios que requieren de una determinada atención, aunque muchos profesionales son críticos ante estos. Uno de ellos es el entrevistado de Hasiera (H, Huizi, comunicación personal 23 de marzo de 2017), quien sostiene que las categorías pueden ser confusas y ambiguas llegando a excluir más que a incluir, por lo cual se está en contra de encasillar a las personas en estas, de hecho, la categorización de las personas en un perfil es más por cuestión de organización y claridad institucional. Por otro lado, el trabajador social del ayuntamiento recalca la importancia de hablar de accidentes biográficos más que de perfiles de usuario, puesto que lo

¹⁶Al mencionar la institución a la que pertenece la persona entrevistada, se aclara que no es una generalidad institucional, sino el discurso, la vivencia y la experiencia del profesional ante este fenómeno.

¹⁷ Consumo activo: Que las personas en el momento actual hacen uso de sustancias psicoactivas.

¹⁸ Fragilidades sociales: Una forma más suave que encuentra el entrevistado para hacer referencia a la situación de exclusión social, pero además hace referencia a la relación entre patología con el vínculo social.

¹⁹ Personas convalecientes: “personas que a la salida de un ingreso hospitalario eee... o una atención den urgencias en un servicio hospitalaria sanitario necesitan un tiempo de recuperación y no tienen donde ir y están atendidas por un equipo de auxiliares de enfermería”.

primero hace referencia a todas aquellas situaciones en la vida que llevaron a que la persona se encuentre como está en este momento:

“Es mejor hablar de accidentes biográficos que de perfiles debido a la diversidad de situaciones que se encuentran desde jóvenes de 18 años haciendo un proceso de inserción, hombres de 74 años que no tienen pensión, mujeres de diferentes nacionalidades embarazadas, homosexual con 0 positivo con trastorno mental, hombre separado de 45 años con alcoholismo.” (A, Azilu, comunicación personal, 4 de abril de 2017).

Pese a esto, es importante formarnos una imagen general de quienes son estos sujetos consumidores que sirve al propósito de enmarcar el fenómeno, por lo tanto, se realizará una descripción de las características de los usuarios a través de la voz de los entrevistados participantes teniendo en cuenta que es un panorama bastante general que no pretende negar las particularidades de cada sujeto. La entrevistada de la Fundación Gizakia brinda una perspectiva general de las características de la población:

“una visión muy global, diríamos pues que el perfil fundamental es: varón, entre 36-38 años de media, normalmente con niveles formativos bajos, que llevan bastante tiempo de consumo y que la sustancia que más demanda tratamiento hoy por hoy es la cocaína” (G, Goikoetxea, comunicación personal 27 de marzo de 2017)

Similar a esta perspectiva está la visión de la educadora social del Centro de Día de Bizkaisida, quien afirma que:

“el perfil mayoritario de las personas que atendemos en el centro sería de hombres mayores de 35 años en una situación de grave exclusión social como consecuencia del consumo de sustancias psicoactivas y en una situación de gran vulnerabilidad y precariedad social y sanitaria porque se encuentran fuera de la red de recursos sanitarios y de tratamientos y a demás pues presentan un riesgo elevado de contraer enfermedades relacionadas con el consumo de droga” (C. Zeberio, comunicación personal 16 de marzo de 2017)

En el caso del recurso de pernocta de la Fundación Cáritas, Hontza, el entrevistado da cuenta que:

“en pernocta la media de edad este último año -2016- ha sido de 37,6 ... ha aumentado la edad, ha aumentado porque en pernocta nos encontramos con que cada año tenemos mayores casos de cronicidad, hay gente que lleva mucho tiempo en la calle lo cual aumenta la edad.” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017)

La entrevistada de la sala de consumo supervisado – CeSSA –reitera que la media de edad en el grueso de la población es de adultos de edad media entre los 40 a 55 años en promedio, siendo menos del 8% las personas menores de 30 años:

“o sea es un colectivo ya de una edad madura, de un recorrido de consumo que es lo que les trae aquí, largo de más de 20 años el consumo (...) muy cronificado, con múltiples tratamientos, múltiples fracasos, están un poco de vuelta de todo, con lo cual el usuario tipo sería un varón de 41 o 42 años que viene a consumir heroína fumada”. (C, Zarragoiti, comunicación personal, 27 de marzo de 2017)

Estas cuatro perspectivas señalan que el promedio de edad es entre 35 a 55 años siendo la mayoría hombres. Otra de las características que más resalta es el consumo crónico de SPA, que puede llegar a ser de 20 años, esto usualmente tiene como consecuencia la exclusión social que trae consigo una precariedad social y sanitaria, como es el contraer enfermedades por el consumo. Durante su larga trayectoria se evidencia que han pasado por múltiples tratamientos y fracasos lo cual puede tener conexión con el tipo de sustancia que utilizan; las que más sobresalen son la cocaína y hay un número importante de uso de la heroína.

Teniendo en cuenta la perspectiva de los profesionales ante esta primera descripción general, me parece interesante contar, antes de proseguir, cuál fue mi percepción del habitante de calle en sí en esta ciudad porque es muy diferente a lo que se ve en las calles de Bogotá. Primero son personas, que se encuentran sentadas en la calle con vasos desechables de café frente de ellos y algunos están acompañados por algún perro. No tienden a decirle a uno nada, sino solo a mirarlo como con expectativa; hay otros casos en que siempre los escuchas decir la misma frase a todo

aquel que pasa, la que más recuerdo es de una señora gitana que siempre estaba en el mismo puente y decía: “una monedita pa’ comidita”. Había otros que a la salida de los túneles del metro cantaban sosteniendo un sombrero boca arriba o la mano estirada para que le dieran algunas monedas.

Como Bilbao es una ciudad que presenta estaciones climáticas se nota la diferencia de lo que hacen en una u otra estación, específicamente en invierno y en verano. En esta primera es usual ver a las personas dentro de los cajeros automáticos con un colchón y cobijas sentados o ya dormidos. Sobre la máquina expendedora de dinero se encuentra un vaso desechable y al lado una nota que ellos ponen pidiendo dinero, en estos vasos se veían algunos céntimos. Otro sitio de refugio era debajo de los puentes, yo recuerdo uno en específico en donde dos personas dormían allí, uno en cada lado del puente y cada uno tenía un colchón, *sleeping bag* y una mochila. Frente a sus pies solían dejar un cartel en el cual pedían dinero porque se encontraban sin trabajo.

En cambio, en verano, se podía ver a las personas buscando la mayor cantidad de sombra posible, cerca de fuentes de agua para poder refrescarse y no se les veía dentro de los cajeros automáticos, de hecho, era una temporada en la cual no se les veía mucho en las calles, el calor puede llegar a ser verdaderamente insoportable.

Su ropa estaba sucia pero no cabría dentro de la definición de harapienta, no se caracterizaban por oler muy agradable y usualmente se les veía muy solos, eran pocos los que estaban acompañados. Tuve un encuentro cercano con un señor en silla de ruedas que se me acercó a la banca en la cual estaba leyendo, no le entendía muy bien lo que decía, las frases eran quebradas, no pronunciaba con claridad las palabras y estaba bebiendo cerveza. Al inicio no sabía qué hacer, este sujeto estaba diagonal mío bastante sonriente diciendo cosas que yo casi no comprendía, así que le ofrecí unas galletas – una típica colombianada – y me dijo que no las quería porque había terminado de comer, estaba bastante lleno. No sé si fue por ofrecerle algo que él me brindó de su cerveza, se la negué alegando que no bebía alcohol, no me presionó a beber, sino que acepto mi respuesta; luego me preguntó si se podía quedar ahí, le dije que sí pero siempre y cuando me dejara seguir leyendo, él accedió al trato y ya luego de un tiempo intercambiamos algunas palabras y me despedí.

¿Por qué narro esta descripción? Es una narración diferente a la escritura de los capítulos, no obstante, esta experiencia sitúa a los lectores en las diferencias contextuales permitiéndose hacer una imagen de estas personas. Esta descripción, en un primer momento, permite dar cuenta de las distintas dinámicas de interacción con el entorno en donde las personas han de buscarse distintas

estrategias para protegerse y cuidarse. En segunda instancia, su medio para obtener dinero es a través de la mendicidad, donde no fuerzan a nadie, sino que esperan pacientemente a aquel que quiere ayudarlos o no, claro según lo que vivencie. En tercer lugar, hay una ayuda que se les proporciona que es evidente, como la comida y el vestido, lo que lleva a que tengan necesidades de otro tipo, como por ejemplo el socializar o hablar con alguien pues se la pasan muy solos. Otro elemento que me pareció muy curioso es que las personas no están en una zona específica o concentrados en un único lugar, no se les ve en multitud sino andando por las calles, y realmente no es que se vean muchos, además que no todos son tan inmediatamente reconocibles como lo puede llegar a ser en Bogotá, específicamente en su aspecto físico.

Considerando la perspectiva introductoria dada por lo dicho en las entrevistas y mi percepción, se ve que hay mucha información detrás de lo dicho sobre el momento actual de este colectivo, dentro de las cuales destaco: 1- La estrecha relación que existe entre la trayectoria del consumo y la exclusión social llegando a convertirse en crónicas ambas situaciones. 2- El sujeto cae en una marginación social más allá de no tener una residencia permanente careciendo de un acceso a los recursos sociales, sanitarios y de una participación social que los deja en una situación a la deriva con una alta vulnerabilidad. 3- Estas situaciones implican que no hay una red de apoyo que los proteja como puede ser un ejemplo la familia.

Iniciemos con la definición de situación de exclusión social, punto en común de las anteriores premisas, que me parece bastante concisa mostrando aspectos de la fragilidad de esta población. Es dicha por el trabajador social del ayuntamiento (A, Azilu, comunicación personal, 4 de abril de 2017):

“Cuando hablamos de exclusión social no vamos a hablar solo de falta de medios económicos, yo creo que una de las grandes pobrezas que tienen las personas que se encuentran en situación de exclusión social es la falta de participación social, eso de que son invisibles”.

Ante esta vulnerabilidad, hay otros factores que inciden en la situación del sujeto, como lo es el tipo de sustancias que consumen, pues no es lo mismo brindar ayuda a una persona que consume marihuana a una que se inyecta heroína, por lo cual es relevante saber cuáles son las sustancias que generan impacto en la población y cuál es la relación que construyen alrededor de

esta. Otro aspecto que sobre sale con bastante frecuencia es que el perfil mayoritario son hombres marcando una diferencia de género. Iré despacio desarrollando los distintos puntos que emergieron con esta primera descripción global.

¿Qué hace que la situación del usuario sea crónica? Se ha de comenzar ubicando un periodo de tiempo que marca el inicio de consumo y de los mismos recursos: los años 80's. En este tiene auge el consumo de heroína al punto que se consideró una epidemia; algunos de los usuarios actuales son los sobrevivientes de su generación. Cabe señalar que la heroína es un opiáceo que se caracteriza por ser altamente adictivo a tal punto que el propósito primordial de la vida de un sujeto es la búsqueda y uso de la sustancia; el síndrome de abstinencia de esta sustancia produce un malestar físico muy fuerte y causa gran sufrimiento, por lo que la persona busca evitar esa sensación deseando la euforia que causa y engancha (NIH, 2005).

Por otro lado, la profesional en gestión de Bizkaisida (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017) comenta que los usuarios llevan mucho tiempo en la calle “por no pasar por el aro y porque te sacan el dedo como les aprietes demasiado”, es decir, ellos ya se han adaptado a un estilo de vida diferente a los cánones sociales preestablecidos siendo muy difícil volver a retomar un estilo de vida del cual desistieron hace tanto tiempo. Esto no quiere indicar que no hayan intentado en diversas oportunidades dejar el consumo, como bien lo afirma el profesional de Hasiera (H, Huizi, comunicación personal 23 de marzo de 2017) “siempre han estado en otro tipo de recursos anteriormente. Estas personas que atendemos están todas en una red, han pasado por todos y cada uno de los programas y en algunos han obtenido a veces... ciertos momentos de estabilización... en otros no... han sido expulsados”.

Con esto ya tenemos dos factores contextuales importantes que es el fenómeno histórico de los años 80's y la gran dificultad que tienen de dejar el consumo, que no es solo la sustancia sino toda una forma de vida. Hay un tercer factor, que no hemos mencionado, en estas trayectorias de vida de los sujetos que ante la cronicidad y su paso por los distintos recursos adquiere un papel muy relevante y es la enfermedad mental, que junto con una adicción es considerada patología dual – PD-; para mayor claridad del concepto el Libro Blanco de recursos y necesidades asistenciales de la patología dual la define como: “la existencia simultánea o secuencial a lo largo del ciclo vital de un trastorno adictivo y otro trastorno mental” (Szerman y Martínez-Raga, 2015 en Vega, et al., 2015)

Los entrevistados a la hora de referirse a la PD reflejan una coherencia con esta definición, por ejemplo, el trabajador social de Cáritas (C, Zarate, comunicación personal 8 de febrero de 2017) afirma que: “cuando hablamos de patología dual, hablamos en realidad de dos diagnósticos de enfermedad mental, uno que tiene que ver con la adicción y otro que tiene que ver con otro tipo de enfermedades”.

Pero no olvidemos un componente que atraviesa circunstancialmente a nuestra población que es la exclusión social bien recordada por la profesional en gestión de Bizkaisida (B, Barazi, comunicación personal 9 marzo de 2017) quien asegura: “A la patología dual yo le suelo agregar una pata, le suelo llamar una patología trial. Porque el dormir en la calle todos los días durante muchos años...pienso que desestructura mucho más y desestabiliza mucho más a las personas que la adicción a una sustancia en concreto.”

Entonces el colectivo no solo es vulnerable al estar marginado, sino que su salud mental se ve bastante afectada por su longeva trayectoria de consumo y habitabilidad en calle. Los problemas de salud y los sociales están intrínsecamente relacionados con su situación psicológica. ¿Por qué decimos que es un aspecto relevante?

Bueno pues todos los recursos coinciden en que la PD está en aumento: “Prácticamente el 90% de las personas que acuden...los datos que te voy a dar son del 2016, hemos sacado ahora recientemente la memoria de datos y son los datos más recientes que tenemos el 90% de las personas que hacen uso de los servicios de Hontza tienen patología dual” (H, Hormaza, comunicación personal 15 de febrero de 2017).

O como lo afirma la educadora social de Bizkaisida:

“La enfermedad mental es un ... es algo que estamos viendo que va en aumento, prácticamente todos los usuarios emmm ... sufren algún tipo de enfermedad mental ¿qué prime alguna? Está ansiedad, depresión, hay también personas que padecen esquizofrenia, incluso psicosis y el problema es que muchos de ellos al estar fuera de las redes sanitarias no están tratadas incluso algunas están sin diagnosticar, entonces, claro en nuestro trabajo tiene ... pues es muchísimo más difícil y mucho más impredecible sus reacciones” (C, Zeberio comunicación personal 16 de marzo de 2017)

La sala de consumo supervisado – CeSSA- además de mencionar los casos de psicosis o trastorno de personalidad que se han encontrado en un momento dado en el recurso, enuncia que los usuarios presentan una inestabilidad anímica o una impulsividad que está potencializada por el consumo (C, Zarragoiti, comunicación personal 27 de marzo de 2017).

Así se puede afirmar que la convivencia de estos dos elementos más el habitar en la calle desestructura a los usuarios y da cuenta de la fragilidad de estas personas a nivel mental, físico y social en donde puede no haber un diagnóstico o el seguimiento adecuado de un tratamiento. Como mencionamos con anterioridad, ellos se encuentran excluidos de la red sanitaria, que, dentro de las explicaciones encontradas, puede ser debido a la rigidez de las instituciones (H, Huizi, comunicación persona 23 de Marzo de 2017) en donde requieren una determinada documentación que ellos no tienen entre otros requisitos de acceso que no logran cumplir; además los itinerarios propuestos tienen unas exigencias demasiado altas para lo que puede hacer en ese momento el usuario (C, Zeberio, comunicación personal 16 de marzo de 2017).

Esta fragilidad está acompañada por el consumo activo de SPA siendo la mezcla de la sustancia con la situación mental del usuario un factor de inestabilidad que puede provocar reacciones impulsivas haciendo impredecible al sujeto y por ende complejizar el trabajo de los profesionales de los recursos. Una de las principales e importantes estrategias para poder abordar a los usuarios es partir de la comprensión de la vivencia actual del sujeto advirtiéndole que el fenómeno de la patología dual está en incremento en esta población.

Asimismo, es relevante conocer el tipo de patología que puede tener el usuario para saber cómo contenerlo y abordarlo en todo el proceso. Son varias las patologías que resaltan los entrevistados: “Todo psicótico ... y la gente nuestros servicios todo trastorno mental grave y en su mayoría en el campo de la psicosis...esquizofrenia, paranoias, rechazo radical al otro... todo antisocial... por eso los servicios no son muy rígidos...” (H, Huizi, comunicación personal 23 de marzo de 2017)

O como lo dice el profesional de Hontza: “No hay una patología que destaque por encima de las demás, eh...trastorno bipolar, trastorno de la personalidad...eh... todas tienen denominadores comunes como sobre todo tienen que ver con el trastorno antisocial, claro, también depende con el momento de la persona” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

Todas estas patologías tienen algo en común que ambos profesionales resaltan: antisocial²⁰. Sea trastorno o no, sea por el mundo de la calle o la sustancia que consumen, el hecho es que a estos usuarios en su andar por la vida tienen un rechazo al otro, hay un aislamiento del entorno, una “falta” de vínculos, y se podría decir que una especie de ensimismamiento que también puede llegar a ser una causa de su fragilidad mental.

Por lo tanto, conocer bien la situación real del sujeto se vuelve fundamental para trabajar con ellos, como dice la psicóloga de Bizkaisida:

“Hombre es un factor importante a la hora de trabajar ya que como te he comentado antes cuando una persona tiene una inestabilidad mental poder construir sobre eso cualquier tipo de proceso se convierte casi en una misión imposible, entonces sí que es verdad que es una de las necesidades más elementales a cubrir para luego poder avanzar y mejorar la situación y la calidad de vida de esas personas, pero bueno ya te digo que no siempre es posible porque también la persona hace falta que tenga cierta disponibilidad o cierta predisposición a hacerlo, entonces pues bueno, en eso consiste también nuestro trabajo en hacer ver a estas personas la necesidad de esa estabilidad mental, lo que pasa es que bueno a veces es un poco complicado.” (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017)

Para comprender bien todo este entramado de elementos mencionados en la realidad de los usuarios hay que ir por partes. Primero, hay que comprender cuál es la relación que se tiene con la sustancia para así pensarse la intervención más idónea en cada caso. Una aproximación del sentido que puede llegar a tener para los usuarios, sin negar la singularidad de cada uno, lo verbaliza la entrevistada del CeSSA:

²⁰ Antisocial: Los conceptos son vistos desde el ámbito clínico, por lo cual es importante remitirse al DSM V (APA, 2014), el cual define el trastorno antisocial de la personalidad: “*es un patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás* “. Para establecer un diagnóstico se debe tener en cuenta síntomas del trastorno disocial el cual implica patrones repetitivos y persistentes de violación de derechos básicos hacia los demás o las principales reglas o normas sociales acordes a la edad. Los comportamientos característicos son: agresión a la gente o animales, destrucción de la propiedad, fraudes o hurtos o violación grave a las normas. Estas personas no logran adaptarse a las normas sociales bajo el comportamiento legal; hay un desprecio por los deseos o sentimientos de los demás; engañan para conseguir lo que desean; mienten repetidamente; tiene una incapacidad para planear el futuro; las decisiones se toman de manera impulsiva sin pensar en las consecuencias para sí mismo y los demás; muestran una despreocupación imprudente de su seguridad; “*pueden involucrarse en comportamientos sexuales o consumo de sustancias que tengan un alto riesgo de producir consecuencias perjudiciales*”.

“entonces quiere decir que a veces el consumo es un lugar de escape pero a veces es un lugar de conexión y luego no se verbaliza, por ejemplo, ha habido gente que bajo el efecto de la sustancia ha hablado de la muerte de un hijo y luego le preguntas por su historia familiar y el hijo no aparece por ningún lado, entonces realmente dices no sé si lo del hijo es real, no sé si no lo es, o sea es una fantasía de un hijo que nunca tuvo o realmente este hijo falleció y no puede ni verbalizarlo” (C, Zeztao, comunicación personal 27 de marzo de 2017)

Esto enlaza la relación que hay entre el sujeto y la sustancia la cual se va marcado tanto por las vivencias como por el sentido que se le va otorgando a la vida, el hacia dónde vamos. Esta proyección flaquea en los usuarios “hay gente que no tienen el horizonte demasiado claro, su proyecto de vida está cogido con pinzas” al punto que no saben cómo se van a seguir buscando la vida día a día y se encierran en dinámicas negativas que alimentan la idea de que la vida no tiene tanto sentido (C, Zarate, comunicación personal, 8 de febrero de 2017). Con esto damos cuenta que el significado de la sustancia es singular en cada uno teniendo en común que el pasado atormenta el ser y estar presente del sujeto difuminando el futuro.

Como bien lo explica Bocolo y Bertrando (1996) el pasado, presente y futuro están en constante movimiento – evidenciado en las premisas anteriores- lo que nos remite a comprender el tiempo social que, aunque está fragmentado en “tres tiempos”, cada uno necesita del otro para poder existir y definirse: “el tiempo es experimentable porque el presente se vive como continuo y contrapuesto a un pasado y a un futuro”. Asimismo, este continuum del tiempo señala la permanente convergencia del presente, pasado y el futuro: “presente como gozne, historia como construcción y futuro como posibilidad” (Valencia, 2007).

Considerando este aspecto de los usuarios los recursos se convierten en una posibilidad, evidenciado claramente en su objetivo de inclusión social, pues son estos los que brindan una oportunidad para que los usuarios puedan decidir algo distinto para sus vidas, sin importar que los contextos sean absolutamente multifactoriales (C, Zeztao, comunicación personal 27 de marzo de 2017). También tienen claro que lo más relevante no es centrarse en la historia del sujeto sino en su momento actual, trabajando con este las demandas que realizan sin ninguna imposición (G, Goikoetxea, comunicación personal 27 de marzo de 2017).

Los tiempos también derivan en una serie de ciclos como las transformaciones que tenemos a lo largo de nuestra vida respecto a quienes somos, lo que hacemos y lo que creemos estrechamente ligado a las experiencias que tenemos. También está el momento del ciclo vital en el cual se encuentre la persona, pues la concepción de la vida y el vivir son distintos. Como bien lo señala la gestora de Bizkaisida, no es lo mismo lo que busca una persona a los 20 años en el consumo que una de 50 años, puede variar la sustancia de preferencia, la vía de consumo, la frecuencia, dosis, mezclas, entre otros. El trastorno mental cambia a través de las distintas edades volviéndose crónicos ciertos procesos y adquiriendo distintos mecanismos de reacción ante determinadas situaciones, y por supuesto no es lo mismo llevar 3 años en la calle que 20 años (B, Beitegi comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

Además, el incremento de la edad sumado a la continuidad de la misma situación hace más complicada la salida de la persona, es decir, entre más tiempo se mantenga la situación se incrementa la dificultad para salir de esta, generándose así un ciclo de “permanencia” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

Un tercer componente de esta realidad compleja es lo que denominaron los entrevistados como rasgos, características o trastorno antisocial, aunque esto está comprendido desde términos clínicos, aquí yo voy a hacer referencia a la carencia de red social del sujeto, al hecho de que estén auténticamente solos, pues se hace evidente un deterioro en sus vínculos. Hay varias formas de comprender esto, una es del sujeto hacia su sistema más cercano, como la familia, y la segunda, es la visión de la comunidad hacia el sujeto. Esta última se abordará más adelante en el tema comunitario.

En cuanto a la primera, es cierto que muchos de los usuarios tienen relaciones familiares complicadas o, de hecho, ya ni siquiera las tienen, reduciéndose sus relaciones sociales o amistades a personas con las que comparten una situación similar (C, Zarate, comunicación personal 8 de febrero de 2017). Además, algunas de estas amistades son relaciones utilitarias en función del consumo no una relación afectiva, haciéndose visible en la sala de consumo cuando van a compartir la sustancia, reflejando el desarraigo que llegan a tener con un componente adicional que es el proceso de autodestrucción que vivencian, como es el caso de los consumidores de heroína (C, Zarragoiti, comunicación personal, 27 de marzo de 2017).

Otra variable que puede dar cuenta de su red social es el eje transversal de género pues no es lo mismo ser hombre consumidor de SPA en situación de exclusión social que una mujer en la

misma condición. Los entrevistados destacan diversos elementos que hacen referencia a las distinciones claves. En primer lugar, hay una diferencia radicalmente marcada entre número de hombres y de mujeres siendo mayoría los primeros en proporciones que oscilan entre el 80 – 90 % hombres y 10 – 20 % mujeres. Aunque se ha intentado explicar esta diferencia, el trabajador social de Hontza comenta que hay situaciones que brindan indicios para responder a esta pregunta, pero que no hay una explicación determinante.

Una de estas explicaciones es que las mujeres suelen acudir al ejercicio del trabajo sexual para ganarse la vida y conseguir dinero para comprar la sustancia, lo cual impide que acudan al programa de pernocta. En el programa de Café Calor de Hontza se evidencia que las que acuden son en su mayoría de origen nigeriano que ejercen esta forma de trabajo; en el programa pasan a tomarse un café, ducharse, comer algo, hablar con alguien y luego se van. También, una explicación para la diferencia de porcentajes es que algunas mujeres son madres por lo cual acuden a servicios distintos que se adaptan más a su condición (H, Hormaza, conversación personal, 15 de febrero de 2017).

Una de las explicaciones de la diferencia entre hombres y mujeres tiene que ver con el inicio del consumo y las relaciones sociales: primero los hombres tendencialmente inician el consumo por el grupo de amigos, mientras que las mujeres suelen comenzar el consumo por su pareja. En segunda instancia sobresale un elemento común en ellas que es la inestabilidad emocional y la estructura de personalidad dependiente, para ilustrar mejor este argumento la entrevistada del CeSSA comenta que las mujeres suelen llegar acompañadas por varones a la sala y tienden a mimetizar la vía de consumo de su acompañante, mientras que es raro que un hombre cambie la vía de consumo por su compañera del momento (C, Zarragoiti, conversación personal, 27 de marzo de 2017). Esto es un indicio de que las mujeres suelen desarrollar relaciones patológicas de codependencia con un hombre adicto (G, Goikoetxea, conversación personal, 27 de marzo de 2017).

Ahora bien, las relaciones y prácticas de consumo se enmarcan en un ámbito social y contextual, como bien lo señala la entrevistada de Bizkaisida:

“...el ser jonkie el estar tirado en la calle como mujer está peor visto, y no solo eso, la mujer es muchísimo más vulnerable en la calle que el hombre, porque la calle es un mundo que tiene su propia normativa y sus propias reglas, es un mundo súper ... eee... machista, muy

binario, muy hetero-normativo o sea muy el hombre prevalece porque es la mayoría porque hay un 80% de hombres y un 20% que a veces no llega de mujer, y bueno pues la mujer al ser minoritaria al estar, hay una vulnerabilidad especial a la mujer, y también atendemos a eso porque en muchos casos la mujer está expuesta a la prostitución para buscarse la vida entonces ahí entra una parte” (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017)

Para comprender a mayor profundidad estas distinciones, es relevante destacar la construcción social de los roles atribuidos al género que conlleva a una experiencia subjetiva diferente (Montero, et al. 2004). Históricamente, y de manera general, en las actuales sociedades modernas a la mujer se le ha alejado de la esfera pública confiriéndola a la privada – el hogar- lo que crea todo un sentido de la figura femenina como inferior respecto a la masculina. En cuanto al consumo de SPA, en ellas hay mayor estigmatización que en ellos primero porque a la mujer se le ve como dependiente del hombre buscando constantemente su aprobación (Arana y Germán, 2005). En segunda instancia, cada droga se asocia con atributos de género, por ejemplo, la cocaína se ve como una conducta masculina, lo que lleva a considerar al hombre como un enfermo, mientras que a la mujer se le tilda de viciosa, de alguien que descuida su rol social de cuidadora lo que lleva a que no haya una empatía con el problema de la mujer, sino que se le culpabiliza (Gómez, et al. 2006).

Un tercer aspecto es el evidenciado por el informe de médicos del mundo en el 2003, en el cual se comprobó que en la mayoría de los casos la mujer drogodependiente suele adquirir dinero para conseguir la sustancia para ella y su pareja, quien la alienta a consumir. Para adquirirla ella ejerce la prostitución lo que lleva a que se excluya y se estigmatice más afectando su autoestima. Esta es una señal de la desigualdad económica y laboral que implica el paso por situaciones más duras que son: agresión, embarazo, aborto, abandono, prostitución, violación, engaño, etc. A su vez, esto se conecta con su autoestima, pues toda esta situación lleva a un proceso de autodestrucción, aislamiento social, sentimientos de desarraigo y desprotección incrementando los intentos de suicidio y de sobredosis (Arana y Germán, 2005).

Las causas del consumo de sustancias en el colectivo femenino son múltiples como por ejemplo la emancipación de la mujer buscando la igualdad, o un consumo por moda incentivada por el comercio, o por búsqueda de su propia identidad, e incluso, por “hacer lo que hacen los hombres”. También, como lo resalta Urbano y Arostegi (2004) el consumo puede ser por tener una

estructura de personalidad límite o algún trastorno de personalidad dependiente, problemas familiares o sociales, y el deseo de mejorar la imagen (Arana y Germán, 2005).

¿Cómo llegan entonces a los recursos? ¿Qué diferencias de género sobresalen? Para poder contestar completamente a estas preguntas y entender sus respuestas es importante aclarar primero cómo llegan y acceden las personas en general a los recursos, y luego si dar cuenta de cuáles son las diferencias que se presentan.

A modo de generalidad, hay varias formas de acceder a los recursos. Una de ellas es que los mismos usuarios van y tocan la puerta de los recursos, estos lo acogen, lo apoyan y acompañan, más adelante hacen el papeleo institucional para solicitar el cupo en el recurso, por ejemplo, llega una persona a Hasiera ellos hablan con esta, si no hay cupo igual lo invitan a participar y acercarse al espacio cuando quiera, se apoyan mucho en el Centro de día de Bizkaisida y hacen acompañamiento al usuario para que tramite en el SMUS – Servicio Municipal de Urgencias Sociales- la solicitud de un cupo en un recurso (H, Huizi, comunicación personal, 23 de marzo de 2017).

O por ejemplo una persona que va a consumir a la sala de consumo supervisado y notan que no cuenta con un centro de día, un albergue o con otro tipo de espacio que le ayude a cubrir sus necesidades básicas, se le invita a la persona a participar, se le hace acompañamiento y seguimiento desde las llamadas a los recursos hasta acompañarlos al sitio para así ir ofreciéndole una atención más integral y completa.

Otra forma es a través del equipo de calle quienes les informan de los recursos que hay y las formas de acceder invitando a la persona a tomar parte de estos, los profesionales hacen acompañamiento a todo el proceso de la persona, y si esta no desea asistir se vuelve a charlar con ellos otro día, quizá algún día decida que si quiere dormir en un albergue o acceder a un comedor social, además que está en su capacidad de decidir ya con la información adecuada, pertinente y clara que se les brinda.

Dependiendo del recurso de las distintas organizaciones al que quiera acceder el usuario, las unidades de salud mental de los hospitales pueden derivar a estos, por ejemplo, si se desea derivar a un sujeto que pasó por un proceso de desintoxicación a una comunidad terapéutica se le inscribe en una lista única de espera que está gestionada por las instituciones públicas, es decir, es centralizada, y cuando haya el cupo la persona puede acceder a esta. “A nivel de los servicios sociales todavía el desarrollo es diverso ha habido disposiciones transitorias de funcionamiento y

todavía no se ha llegado a un único modo de hacer” (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017).

Sin embargo, actualmente la entrada para los programas de alojamiento, comedores y vestido se hace a través del SMUS “funciona un poco como una central de reserva hotelera, vale, tú vienes y hago una entrevista contigo y veo cuáles son las características de tu persona o de tu problemática o de las dos cosas y en función de eso el SMUS ve también dónde hay plazas disponibles de los centros que maneja ... entiendo que te podría ir mejor y entonces te encaja en un lado de los centros.” (A, Azilu, comunicación personal, 4 de abril de 2017)

Retomando, entonces, nuestro tema de género y las diferencias de acceso, en un primer momento los recursos, conociendo ya las razones de la vulnerabilidad, observan que los hombres llegan acompañados por sus parejas no consumidoras, mientras que las mujeres llegan solas o se les abandona (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017). También las mujeres llegan más tarde a tratamiento acumulando más variables de exclusión social, llegan con más problemática mental asociada, con historia de cárcel, mayor desempleo, y sobre sus relaciones de pareja, se observa que hay un cambio frecuente de compañero/a siendo más o menos inestables y muy asociada al consumo, se han encontrado situaciones específicas de explotación sexual y de maltrato físico (C, Zarragoiti, comunicación persona, 27 de marzo de 2017).

Cuando llegan al recurso sobresale que las mujeres realizan una demanda más explícita de sus necesidades, es decir, van al grano y en el caso que un recurso no puede cubrirlas se informan para saber qué recurso si las puede satisfacer acompañándolas en el proceso si lo desean. En cambio, los hombres prefieren ser orientados por el profesional centrándose en la postura de “víctimas” y que están enfermos por lo tanto los demás deben ayudarlo. Igualmente se observa que hay una versión más de locus de control interno en las mujeres, mientras que los hombres tienen un locus de control más externo (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

En cuanto a las necesidades sanitarias específicas que demandan a los recursos las mujeres requieren de una atención orientada hacia obstetricia y ginecología. En el caso de los hombres demanda más una atención de urología (C, Zeberio, comunicación personal 16 de marzo de 2017). También se resalta a lo largo de la exposición de los autores y los entrevistados la necesidad de una atención psicológica hacia la mujer en tema de vínculos, dependencia y relaciones de pareja.

Este complejo perfil diverso e influenciado por factores históricos, contextuales, culturales, subjetivos, sociales, económicos, biológicos y experienciales es leído con detalle y detenimiento

por los recursos sociosanitarios de reducción de riesgos y daños para ofrecer un servicio, desde la perspectiva de la salud pública, que ayude a las personas satisfaciendo sus necesidades básicas, pero sobre todo re-dignificando su humanidad. Conocer lo que denominan el “perfil” nos permite develar la forma en que se han pensado los recursos y por qué hacen lo que hacen hasta este momento. A continuación, se buscará mostrar cuáles son las particularidades de cada recurso y cómo se han pensado, mencionando a profundidad los programas que ofrecen.

Pensarse y Repensarse: el hacer de los recursos.

“lo que motiva en multitud de ocasiones la creación de prácticas institucionales dedicadas al campo de la exclusión social es precisamente la necesidad de ofrecer una respuesta a fenómenos clínicos tales como ciertos estados de la psicosis y la enfermedad mental grave, algunos pasajes al acto de adicciones, así como algunos estados de deterioro físico y psíquico que pueden dirigir al sujeto hacia la exclusión social absoluta o hasta la muerte”

(Alfredo Fenoni en Huizi 2017)

Teniendo en cuenta la caracterización de la población anterior, ahora podemos concentrarnos en los recursos y entender por qué se han planteado la atención como lo han hecho hasta ahora. Para iniciar hay que remitirse nuevamente a los años 80's en el boom de la heroína que causó una gran alarma social en todo el estado español. En el año 88 Bizakaisida pone en marcha el primer Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) enfocado en los consumidores de droga en activo con el fin de prevenir el contagio de enfermedades, como el VIH sida. Este trabajo los llevó a construir un vínculo cercano con el usuario desde la visión del respeto al consumo, de entendimiento y no desde el prohibicionismo o el ámbito normativo, comprendiendo a cada uno de los sujetos de manera individualizada en su momento actual (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017). Esta perspectiva señala aspectos del marco ideológico de la reducción de riesgos y daños.

La interacción con los usuarios a través del programa permitió construir un observatorio de las necesidades destacándose el poder contar con un lugar físico donde estar por cuestión de derecho fundamental y dignidad, pues las personas tienen derecho a estar fuera de la calle, incluso en el año 2000 ellos no contaban con un lugar en el cual poder entrar al baño. Esto conllevó a que en el año 2001 se abrieran dos proyectos gemelos pensados en conjunto entre Bizkasida y la Fundación Cáritas que son: el centro de día de la comisión ciudadana antisida, y Hontza -centro de

pernocta de la Fundación Cáritas-. Entre ambos comparten usuarios y cubren las necesidades básicas como son higiene al contar con duchas, ofrecen café en su programa de café-calor, hacen intercambio de material de consumo, entre otros, diferenciándose en el horario, el centro de día es de jornada diurna y Hontza es nocturno. Una de las limitaciones son los horarios, pues dificulta la fluidez de comunicación entre los recursos y hay unas horas en que los usuarios se van a encontrar solos (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

Estos dos recursos también se coordinan con la sala de consumo supervisado – CeSSA - de la Fundación Gizakia, ya que tienen características en común y pueden complementarse muy bien. Una de estas características es el espacio geográfico ya que los tres recursos se encuentran en el barrio Bilbao la Vieja. Esta es una zona que se caracteriza por ser multicultural debido al bajo costo que tienen las viviendas respecto a otras zonas. También en este espacio se encuentran ubicadas las “ollas” de Bilbao o puntos de venta de SPA, siendo bastante mencionada la calle San Francisco, y a su lado, en la calle Cortes, está una de las zonas más conocidas por el ejercicio de la prostitución. La conjugación de estos elementos lleva a que haya una percepción de peligrosidad del sector por parte de la comunidad general.

A manera de anécdota, recuerdo que en la universidad nos daban un mapa a todos los extranjeros en la oficina de relaciones internacionales en el cual nos recomendaban tener cuidado con esa zona por su inseguridad. Como buena colombiana y bogotana, cuando me dicen inseguridad, venta de SPA y prostitución, mi imaginario se remite a aquellas calles de Bogotá que son prohibidas de transitar porque no es seguro que se salga de estas, como lo fue el Bronx²¹. Supongo que la universidad no cayó en cuenta del imaginario que he construido sobre el fenómeno, y me plantearon la descripción del lugar según su construcción siendo una zona de mucho cuidado al punto tal de ser casi que prohibida lo cual me generó mucho temor. ¿Qué muestra este ejemplo? Que, aunque un fenómeno se denomine de la misma manera, en este caso distribución y consumo de SPA, inseguridad y ejercicio de la prostitución, no es lo mismo pues tienen grados de complejidad distintos, están permeados por cuestiones culturales y formas de experimentar la ciudad que son muy diferentes. Aun así, un imaginario general de la comunidad bilbaína sobre el sector es similar al imaginario de los ciudadanos bogotanos sobre la calle “el Bronx”, es decir, hay un miedo construido socialmente ante un espacio.

²¹ En el contexto de la ciudad de Bogotá se explica qué es este lugar.

Otro detalle sociodemográfico que es importante mencionar es que Bilbao es una ciudad pequeña de no más de 350.000 habitantes, así que encontrarse a la gente en las calles es muy fácil. Igualmente, los espacios sociales se comparten bastante sin importar estrato socioeconómico o el tipo de trabajo que se desempeña, esto hace que también sea fácil conocer a las personas que están en ambientes o temas similares, por ejemplo, es muy usual ver que los profesionales que trabajan en el ámbito de las drogodependencias se conozcan la gran mayoría entre sí, así sea solo de vista. Esto también indica que el número de personas en situación de exclusión social sea proporcional a las dimensiones del espacio, siendo en promedio 1.057 personas las que se encuentran sin hogar y con una media de años en esta situación de 15,3 (EUSTAT, 2012).

Continuando con los elementos en común de las tres entidades, se caracterizan por trabajar con personas en consumo activo de SPA, como bien lo dice el encargado de gestión del área de adicciones de Cáritas: “¿Qué tiene de especial Hontza? Que la gente que viene a dormir es gente que está en consumo activo en una situación de gran exclusión social, con consumos activos y muchos de ellos con enfermedad mental.” (C,Zarate, comunicación personal, 8 de febrero de 2017)

O bien como lo afirma la profesional de Gizakia: “estamos trabajando con personas consumidoras en activo y en ese sentido tenemos el andén 1 o el CeSSA ...es el andén 1 como una idea de que pueda ser el primer punto en un inicio, un viaje y que le lleve a donde quiera llegar.” (G, Goikoetxea comunicación personal, 27 de marzo de 2017)

Así estos tres recursos- Hontza, CeSSA y Bizkaisida- se caracterizan por trabajar con persona en consumo activo, muchas de las cuales llevan un proceso cronificado tanto de consumo como de habitabilidad en calle. Esta cercanía también ha hecho que se apoyen los recursos, que se coordinen entre ellos para brindar una mejor atención a los usuarios de manera integral.

¿Por qué comparten usuarios y manejan el consumo activo de SPA? Bueno estos tres recursos se basan en un modelo de Reducción de Riesgos y Daños (RRD) el cual tiene como objetivo dar cuenta que los riesgos que traen consigo el consumo son igual o más importantes que la adicción en sí, de hecho, la atención para los usuarios de drogas ya no conlleva la condición de la rehabilitación, sino que es una opción. Así los postulados de este enfoque se orientan de la siguiente manera (Insúa y Grijalvo, 2007):

- 1- Aceptar que algunos consumidores de droga continuarán haciéndolo porque no están en condiciones o no quieren pasar por un proceso de desintoxicación, además que el consumo

tiene un ciclo siendo los riesgos y daños vitales evidencia de un historial prolongado de consumo;

- 2- Debe tenerse en cuenta que los riesgos del consumo son muy variados dependiendo de la sustancia, la frecuencia y la cantidad que se consume, al igual que las circunstancias físicas, sociales y las políticas sociales para reducirlo;
- 3- En muchos casos los problemas asociados se deben por el hábito y patrón de consumo;
- 4- Los daños se pueden producir en múltiples niveles por lo cual hay que considerar el ámbito individual, grupal, social y político;
- 5- La reducción de riesgos no es contraria a la abstinencia, sino que facilita objetivos de medio y largo plazo;
- 6- Se promueve la participación y responsabilización de los propios usuarios.

Ya que estos recursos se enmarcan en este enfoque lo más coherente es tener un nivel de exigencia baja, esto quiere decir que no se le pide al sujeto más de lo que no quiera y esté dispuesto a dar modulando así el servicio que se les ofrece a los usuarios. La atención que se brinda es individualizada, flexible y con distintos niveles de intensidad de apoyo, lo cual es visto como uno de los grandes éxitos de la comisión ciudadana antisida según la profesional en gestión (B, Beitegi comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

La flexibilidad de la exigencia no implica que no se requieran unos mínimos de convivencia, todos los entrevistados resaltan el respeto, la no agresión tanto verbal como física hacia los compañeros y los profesionales, así como está prohibida la venta y consumo de SPA dentro de los recursos a excepción del tabaco y claramente de la sala de consumo supervisado. Estos elementos hacen parte del proceso de reinserción social, objetivo principal de todos los recursos, como se comentó anteriormente.

Esta exigencia va de la mano con “el respeto de los tiempos de cada persona intentando inventar juntos alguna cosa” (H, Huizi, comunicación personal, 23 de marzo de 2017) , es decir, el tiempo y el proceso lo determina el usuario, es el quien va pidiendo y demandando unas cosas que muestran que está en las capacidades para asumir las consecuencias de lo que pide/decide, “es el dueño de su proceso todo el rato, y esto es lo que determina la clave ... hay algunos que si van a conseguirlo, tener un trabajo ... hay otro que no, hay que ser realistas” (B, Beitegi, comunicación personal 9 de marzo de 2017).

Sin embargo, no hay que confundir la exigencia con la intensidad, pues hay casos que si bien la exigencia es baja la intensidad del acompañamiento y el apoyo puede ser bastante altos, como bien lo comenta la gestora de Bizkaisida “hay un error conceptual intelectualmente hablando que se presupone que cuando hay baja exigencia hay baja intensidad de apoyo” (B, Beitegi, comunicación personal 9 de marzo de 2017). Todo gira en torno a la demanda que haga el usuario, es el punto clave, como lo dice la profesional del CeSSA: “Los ritmos los van a determinar los usuarios, cada uno es dueño de su propio proceso.” (C, Zarragoiti, comunicación personal, 27 de marzo de 2017).

¿Qué ofrecen o cuál es la atención que brindan los recursos a los usuarios? Bueno ellos cubren las necesidades básicas, entonces por ejemplo en Hontza tienen tres proyectos durante la noche: 1- pernocta que es para tener un sitio donde dormir, 2- café – calor que va de 00:00 a 4:30 am en el cual las personas pueden ir al recurso a tomar café, hablar con alguien e irse cuando lo deseen; y 3- PIJ. Estos programas cubren las necesidades básicas ya que cuentan con duchas, servicio para lavar la ropa, poder cenar, “con lo cual los servicios damos lo que nosotros entendemos que es aportar unas condiciones básicas de dignidad”. Además, dentro de estos programas, se cuenta con cuidados básicos de enfermería para el que lo necesite y se hace acompañamiento educativo en todas las áreas que la persona usuaria reclame (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

En el caso del ayuntamiento, en el albergue municipal, se entiende que se inicia por la cobertura de techo y comida, y esto ya es todo un proceso para los usuarios porque les cuesta acostumbrarse a sentirse seguros en el albergue, pues sus vivencias en la calle son de gran tensión²². En el recurso tienen la opción de que alguien los escuche, sin embargo, hay momentos en los cuales se considera que hablar con el educador social es para quedarse más tiempo en el recurso (A, Azilu, comunicación personal, 4 de abril de 2017).

El CeSSA (C, Zeztao, comunicación personal, 27 de marzo de 2017) por su parte es una sala de consumo supervisado enfocada en dos sustancias: cocaína y heroína ya sean administradas de manera inyectada o fumada. La principal demanda del usuario es consumir en condiciones mejores,

²² Cuenta el trabajador social respecto al grado de inseguridad que viven los usuarios en la calle: “Aquí al lado en el arenal, recuerdo una de las primeras veces que salí hace como 11 años, que ... por ahí a las 12 de la noche me encontré con un grupo de personas que se iban a poner a dormir y uno de ellos se había descalzado y los cordones de sus zapatos se los estaba atando al dedo gordo del pie y le pregunte “¿por qué haces eso?- Porque así cuando estoy dormido si alguien me va a robar el calzado noto el tirón y me despierto”

lo que quiere decir que todas las personas tienen derecho de ser atendidas sobre todo en condiciones de fragilidades y grandes necesidades, por lo tanto, la sala está por una cuestión de derecho. La persona llega al recurso, si todos los puestos están ocupados se le invita a esperar en la sala- aunque no es muy usual- al salir de consumir deben esperar media hora en otra sala por si hay alguna complicación puedan ser atendidos oportunamente. En los tiempos de espera es donde se genera un acercamiento con el usuario, este es quien decide si desea hablar y el profesional se acerca con respeto, no cuestiona, los hace sentir escuchados y valorados. Ya quien desee hablar más se le invita a pasar a la oficina por si quiere tratar temas más íntimos o requiere de alguna ayuda que se le pueda brindar en el recurso o ponerlo en contacto con otro que le pueda ayudar a cubrir las necesidades que presenta.

El centro de día de Bizkaisida ofrece los mismos programas y servicios que Hontza solo que de día, por eso se dice que son proyectos gemelos. Hay dos momentos en la jornada en el centro, uno es por la mañana donde usualmente se hacen cuestiones de papeleos y llamadas con los usuarios, por ejemplo, se le ayuda a sacar el empadronamiento por servicios sociales para que pueda tener acceso a los servicios municipales como el comedor o acceso a vestuario e incluso el acceso al sistema sanitario , o por ejemplo, si la persona pierde su documentación de identidad se le ayuda a tramitarla, también puede ser el caso que la persona asista a los Centro de Salud Mental – CSM – y necesitan pedir cita con el psiquiatra, bueno se les ayuda a solicitarla y se les va recordando fecha y hora, en algunos casos se les ofrece asistir con ellos a la cita (C, Zeberio, comunicación personal, 16 de marzo de 2017)

El segundo momento es a la tarde en donde las personas van más a estar, socializar con los compañeros y con los mismos profesionales, se suele tener juegos de mesa o la opción de ver una película, etc. Se hacen actividades diferentes que no tengan que ver solo con el hablar de la situación del usuario, sino que también puedan tener un espacio de dispersión, de ocio y de recreación fomentando la socialización (C, Zeberio, comunicación personal, 16 de marzo de 2017).

En el caso de Hasiera, este es un centro de día financiado por la Diputación Foral de Bizkaia, lo cual lleva a ser considerado como atención secundaria o especializada, pero desde la baja exigencia. Cuentan con un total de 15 cupos, aunque el recurso brinda atención a más personas. La atención es bastante personalizada e integral cuya metodología de trabajo es tratar caso por caso entendiendo las necesidades de manera amplia y sistémica acompañando al sujeto en todo lo que pueda necesitar tejiendo en base a sus demandas la red de apoyo que necesita. En el centro se brinda

un tiempo y un espacio en donde emerja la demanda genuina y atienden todas las facetas de las personas desde la clínica de salud mental hasta las adicciones. Las necesidades principales que atienden es el alojar, acompañar, gestionar la medicación psiquiátrica cuando ellos lo piden, conversan con los centros de salud mental, los psiquiatras y se busca que los profesionales de la red trabajen conjuntamente el caso (H, Huizi, comunicación personal, 23 de marzo de 2017).

¿Y cómo se relaciona esto con la inclusión social? La psicóloga gestora de Bizkaisida lo define claramente:

“el hecho de aprender a convivir, a sentarse en un mismo sofá con otras personas, aprender a respetar el turno, a tener la paciencia que mucha gente por la sustancia que consume no la tienen, por la frustración que tienen no es capaz de manejar tiempo, ni manejar mensajes y ni manejar nada que no sea inmediato y urgentemente atendido, entonces todo eso es inclusión social, todo eso repercute en el concepto de la persona y en su comportamiento con la sociedad” (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017)

Los recursos son los primeros pasos para aprender a convivir, para “confrontar” ese lado antisocial que hemos mencionado anteriormente como característica de los usuarios, comprender y aprender las normas, códigos y comportamientos sociales, desde el gesto mínimo de saludar o despedirse, agradecer, etc. A su vez, les brinda la posibilidad de pensarse a ellos mismos distinto, de pensarse una interacción más allá de un intercambio inmediato reconociendo la existencia de un otro.

En cuanto a las personas con PD – no excluidas de esta misma filosofía- se vuelve relevante para la intervención socioeducativa y el proceso de inclusión social el seguimiento de la pauta médica para que se establezca y pueda desarrollar el proceso de la mejor manera posible (C, Zarate, comunicación personal, 8 de febrero de 2017). A todos los usuarios se les hace un acompañamiento apoyando cualquier cuestión que traiga relacionándolo con el lazo social y con el estabilizarse, inventando con la persona una atención que produzca equilibrio y respete los tiempos subjetivos de cada uno (H, Huizi, comunicación personal 23 de marzo de 2017).

Para comprender bien el seguimiento de la pauta médica he de mencionar que los usuarios, al acceder a los recursos, se les busca concientizar de la importancia de acudir a un CSM- Centro de Salud Mental- para hablar con un psiquiatra y recibir el tratamiento adecuado a su estado de

salud mental. Esto no es fácil por el contexto en el cual están inmersas las personas y por los consumos activos que pueden llegar a tener, pero esto es parte del trabajo de estos recursos, buscar el mayor bienestar para la persona e incrementar su calidad de vida.

Siguiendo con la inclusión social y el trabajo con el usuario, los profesionales dan cuenta que cada sujeto es un mundo, tiene sus singularidades y particularidades, a la vez que no es un sujeto fragmentado ni desarticulado:

“porque necesita una atención continuada en el tiempo de ambos aspectos – social y sanitario- a la vez ¿no? Porque no podemos separar la necesidad de relacionar, habitacional o de proceso de desarrollo o de capacitación formativa o de búsqueda de relaciones sociales, no es una parte de una persona y otra es vamos a ver cómo está tu salud física, psicológica, no, la persona es una y sobre todo hay otras muchas patologías, pero en el caso de la adicción, la adicción compromete las diferentes áreas de la persona ¿no? Solo si somos capaces de trabajar de manera simultánea vamos a generar una posibilidad de pronóstico positivo en esta persona.” (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017)

Esto se ve reflejado en los equipos multidisciplinares que tiene cada recurso contando con médicos, enfermeras, trabajadores sociales, educadores sociales, psicólogos, abogados, etc. Con el fin de dar un cubrimiento real a todas las necesidades que manifiestan los usuarios. “Hacemos acompañamiento, somos un equipo de psicólogos, trabajadores sociales, pero todos hacemos lo llamamos práctica entre varios, entonces hacemos todos un acompañamiento” (H, Huizi, comunicación personal, 23 de marzo de 2017)

Con esto podemos ver que los recursos en su forma de pensarse y actuar tienen como componente base el responder a la dignidad de los sujetos, a “restaurar” sus derechos básicos buscando incrementar la calidad de vida de las personas y el bienestar respetando las decisiones que tomen sobre su propia vida, como lo es seguir o no en el consumo. Para esto se han pensado distintas formas de abordar a la población cubriendo sus necesidades básicas con distintos programas en los cuales ellos pueden acceder o no después de recibir la información oportuna de lo que hacen y dónde están ubicados. También, respondiendo a las necesidades, se dan cuenta que la atención debe dar cuenta de las diferentes dimensiones del sujeto las cuales no son fragmentadas, por ende, la atención tampoco puede serlo. Así se han construido equipos interdisciplinares para que pueda darse la cobertura adecuada, pertinente y completa a las demandas del usuario.

Él, ella, tú, yo, nosotros: Comunidad.

Hasta este punto sabemos quiénes son los usuarios y cómo se han pensado los recursos siendo fundamental los derechos humanos y la dignidad. Todo esto emerge de un contexto sociocultural particular en donde transcurre la cotidianidad de las personas construyendo el barrio, el sector y la ciudad en la cual habitan. Por lo tanto, las experiencias que cada uno de los actores tiene con el fenómeno va a incidir en la vida de los otros, específicamente en la vida de los usuarios de los recursos sociosanitarios que se encuentran en situación de exclusión social. Los recursos tienen un papel protagónico en el hecho de visibilizar, concientizar y cubrir este fenómeno, pero su camino no ha sido fácil y su inicio fue muy complicado:

“porque costó mucho que las administraciones públicas y la sociedad en general comprendiera que es una cuestión de derecho, de derecho fundamental, prácticamente que de derechos humanos... Entonces es un lugar que se crea fundamentalmente por dignidad, porque las personas tienen derecho, derecho a estar fuera de la calle.” (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

En este proceso de dar a entender su labor cada uno de los recursos ha tenido una historia compleja. En el caso de Hontza, este comenzó hace 15 años primero en una sede provisional mientras se terminaba de acoplar las instalaciones en las que están ahora. La distancia aproximada entre la sede provisional y la definitiva es de un puente. Los vecinos inconformes con la presencia del recurso se unieron en su contra, como comenta el trabajador social de este recurso:

“hubo muchas movilizaciones, hubo manifestaciones...en esa etapa que estuvo en Zamakola nosotros teníamos que venir con nuestros coches particulares a recoger aquí a las personas usuarias a la puerta de Cáritas y llevarlas escoltadas por la Ertzaina – Policía- hasta el centro porque allí estaban los vecinos esperándoles en la puerta...hubo juicios, hubo agresiones a trabajadores...la situación fue muy muy complicada” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017)

Cuando culminaron las obras de su sede actual decidieron crear una comisión de seguimiento con los vecinos del sector – Casco Viejo- y con los comerciantes con el fin de reunirse

una vez al mes a dialogar sobre los inconvenientes o dificultades que pudieran existir por estar ubicado el recurso en el barrio y evitando la repetición de la situación anterior. Paulatinamente se disminuyó la frecuencia de las reuniones por iniciativa de los vecinos ya que veían que no surgían muchos problemas, hasta que al final se dieron cuenta que las reuniones carecían de contenido pues no surgían conflictos. Así desde hace 13 años la mirada que se ha tenido del recurso se ha transformado siendo hoy en día un orgullo para la comunidad por los premios y reconocimientos que ha tenido el recurso:

“estos premios que tienen mucha repercusión, que los vecinos digan ah pues mira ese proyecto está en nuestro barrio y hemos sido capaces de acompañar al proyecto de colaborar con el... y darle cabida en el barrio del Casco Viejo que se presupone como un barrio solidario, activo socialmente, de agrupaciones, etcétera. Partimos de mal punto, pero con el paso del tiempo pues la mejora ha sido sustancial” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017)

Una situación similar fue experimentada por la sala de consumo supervisado la cual lleva en funcionamiento unos 13 años; tan solo hace dos años la tomó la Fundación Gizakia. En su origen la sala tuvo un impacto tal en el barrio que hubo una asociación en contra de su apertura, luego de heredar el recurso Gizakia, se pusieron en contacto con la asociación de vecinos y el miedo que tenían era que no se abriera la sala:

“y eso pasa con la mayor parte de los recursos de drogodependencias incluido el programa de metadona, cualquier recurso en atención a personas en exclusión, cuando hay un recorrido de tiempo que no solo no ha habido problemas, sino que mejora la situación que ya hay pues la aceptación es mucho mayor ¿no? y mucho mejor” (C, Zarragoiti, comunicación personal, 27 de marzo de 2017)

Con estos dos casos vemos que los miedos de la población respecto al impacto que pudieran tener en su barrio estos recursos se han superado gozando hoy de un gran reconocimiento por la comunidad. Si bien las situaciones fueron complicadas los recursos se han sabido posicionar en el barrio y en la comunidad siendo agentes activos de los mismos. Cada uno de los recursos participa

de forma distinta en el sector, por ejemplo, Bizkaisida (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017) participan en una actividad conocida como arroces del mundo²³, también se han hecho exposiciones de fotografía o de manualidades que realizan los usuarios (H, Huizi, comunicación personal, 23 de marzo de 2017), y tuvieron la opción de realizar una revista que se llamaba “la calle de todos”:

“fue un proyecto interesantísimo y precioso, en el que dábamos la posibilidad a las personas usuarias a escribir artículos de lo que ellos quisieran, desde ... presentar sus obras porque muchos son artistas callejeros digamos, hasta contar sus propias experiencias... Bueno pues era un poco una manera ... de visualizar desde la parte del usuario como viven este estigma ... hasta no tener un contacto directo con este colectivo pues bueno la sociedad en general saben que existe este colectivo de gente que vive en la calle, de gente que es drogodependiente pero no conoce la realidad y el sufrimiento que conlleva esta situación para ellos, entonces pues para intentar hacer ver y para intentar sensibilizar a la población en general hicimos ese proyecto de revista pero desafortunadamente tuvimos que dejar de hacerlo otra vez por el tema de la financiación.”(C, Zeberio, comunicación personal, 16 de marzo de 2017).

La Fundación Gizakia también hace uso de una revista que tiene como propósito “que la sociedad sea capaz de percibir que las personas adictas tienen problemas, es decir, la adicción hoy por hoy sería una enfermedad y ... algo que provoca también una distancia social, es decir, una posibilidad o un riesgo de exclusión o una exclusión ya establecida”. Ellos difunden la revista a través de su página web para la población general, y se la hace llegar a sus colaboradores y voluntarios (G, Goikoetxea, comunicación personal 27 de marzo de 2017).

Otra herramienta que utilizan es participar de las asociaciones de vecinos, pues históricamente se dieron cuenta que ayuda a solucionar situaciones que se presentan, implica transparencia y posibilita la convivencia de todos en el sector. Incluso, con el fin de mantener la reciprocidad con el barrio, Hontza realiza las compras en los mercados locales y todo lo que

²³ Actividad que se realiza en la plaza del barrio San Francisco caracterizado por su diversidad cultural. En esta celebración personas de diferentes regiones, países o familias, se reúnen entono a una larga mesa y hacen un arroz tradicional o simbólico para ellos repartiéndolo a las personas que deseen asistir al evento, no cobran nada por el plato de arroz. A este evento lo acompañan conciertos de música típica y bailes.

necesita para el recurso. Y para generar ruptura de los imaginarios y estereotipos este recurso realiza unas jornadas de puertas abiertas en el centro para que la gente puede ver lo que se hace dentro del sitio y le den un espacio a su labor (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

“y eso es importante porque cuando tú dejas a la imaginación de la gente...al final empiezan a correr un montón de bulos al principio de Hontza que nosotros dábamos la sustancia, porque la gente iba porque desde allí les dábamos la droga...una serie de cosas...al final eso se rompe siendo claros y transparentes y diciendo no mira...os invitamos a que vengáis a Hontza y os expliquemos lo que hacemos y luego ya juzgar pero juzgar pero teniendo el conocimiento y eso al final rompe muchas barreras” (H, Hormaza, comunicación personal, 15 de febrero de 2017).

Todas estas acciones están bajo un objetivo y es el de crear comunidad, lo cual va muy ligado a la inclusión social, pues es allí donde vive la persona que puede buscar integrarse lo mejor posible haciendo uso de los recursos que esté a su alcance, como los servicios municipales, llevando al usuario a ser co-constructor del barrio. Esto requiere que las comunidades sean abiertas y acogedoras, como también que la persona se abra y esté dispuesta a interactuar con el barrio haciendo sus compras en los supermercados, ir a las bibliotecas municipales, tomar café en el bar de la esquina y en general tener presencia en toda zona en la cual se pueda entablar una relación con alguien (C, Zarate, comunicación personal, 8 de febrero de 2017).

Ahora bien, hemos mencionado ya herramientas de los recursos contra el estigma al igual que hemos comentado las primeras reacciones de los habitantes del barrio ante los usuarios y los recursos, entonces cabe preguntar ¿cuáles son estos estereotipos? Antes de responder a esta pregunta es relevante partir de la definición de estereotipo considerada en esta investigación como una construcción cultural inherente a las relaciones humanas en donde se arma una imagen del otro diferente que existe en la medida que haya un grupo de referencia con el cual identificarse a sí mismo y da cuenta del “otro” que es distinto. Cuando un grupo es ajeno de lo que se considera verdadero se hace referencia a algo profundamente distinto se crea el estigma desde algo desacreditador (Goffman, 1989 en Rengel, 2005).

Según Touzé y Rossi (2001 en Rengel, 2005) existen cuatro tipos de estereotipos del ámbito de las sustancias psicoactivas, los cuales son: 1- El concepto de droga, siendo la sociedad quien define las sustancias permitidas, como el alcohol, tabaco o psicofármacos, y las prohibidas, como el cannabis, los opiáceos, etc.; 2- El fetichismo de las sustancias, este tiene dos aspectos, el primero es la atribución de poderes mágicos y el segundo es una amenaza contra la población sana – versión de las sociedades occidentales- siendo considerada una enfermedad para tranquilizar a la sociedad; 3- La droga como una expresión de oposición social, siendo el drogodependiente una persona que no acepta las normas sociales haciendo cualquier cosa por conseguir la sustancia como robar; 4- Imagen del usuario de drogas, considerado como una persona que no se preocupa por su salud siendo la sustancia la causa de su degeneración física, psíquica y moral que lo conducen a la muerte.

Teniendo en cuenta esta definición y una posible clasificación, vemos un primer indicio de los estereotipos en el origen del recurso de pernócta Hontza cuando los usuarios eran esperados por la población general en la puerta del recurso; allí los humillaban e insultaban denominándolos “junkies”. Otro estereotipo que aún se mantiene en la población es que la gran mayoría de usuarios son personas inmigrantes cuando la realidad es que son vecinos del casco viejo o bilbaínos (H, Hormaza, comunicación peronal 15 de febrero de 2017).

Asimismo, en Bizkaisida se resalta mucho el estereotipo de “junkies”, el cual trae un montón de ideas negativas relacionadas con el estereotipo físico, con la delgadez, la sensación de peligrosidad, etc. Hay que comprender que las imágenes que se generan sobre los consumidores vienen de lo que ellos mismos proyectan, es por esto que desde este recurso se busca abrir un espacio que aporte a la reflexión de los usuarios si quieren o no contribuir a este estereotipo, o si deciden que quieren ser una persona consumidora y no un “junkie”. Esto implica que es de doble sentido trabajar la deconstrucción de los estereotipos, y más porque apersonarse del estereotipo tiene una recursividad “cómo tú me ves a mí es como yo me acabo viendo” empezando los usuarios a construir su identidad en torno al estereotipo que se ha instaurado socialmente sobre un modo de vida, el del consumo (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

Retomando la definición dada del estereotipo y su división, se puede observar que en esta percepción del usuario consumidor se presenta el fetichismo de las sustancias al ser una amenaza para la población pues los recursos para las personas en exclusión social podrían perturbar el día a día del barrio incrementando la sensación de peligrosidad y derivando en distintas complicaciones. Igualmente se cumple la imagen del usuario al verlos como personas deterioradas con falta de

hábitos de higiene. Sin embargo, cuando la educadora social de Bizkaisida comenta la vivencia de los usuarios respecto a los estereotipos se ve un giro interesante:

“...el lunes cuando te lo vienen contando como han pasado entre cartones pasando muchísimo frío, que les han robado, que les han pegado durante el día ¡a plena luz del día! Emm...también la humillación que ellos sienten muchas veces porque la gente les juzga, la gente que pasan a su lado les juzgan también los insultan.” (C, Zeberio, comunicación personal, 16 de marzo de 2017)

Así, ante la imagen que proyectan los usuarios y la construcción social de peligrosidad, se suscitan varias respuestas de la población general que pueden ser: la indiferencia; la evitación por el peligro que representan; y actos de violencia hacia la persona llegando incluso a tomar ventaja de la fragilidad en la que se encuentran, ya sea por su incapacidad de reacción al estar bajo el efecto de ciertas sustancias. No obstante, los usuarios no se caracterizan por comportarse cívicamente, su conducta cambia según los espacios en los cuales se encuentre, como bien lo resalta la gestora de Bizkaisida, (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017) ellos pudieron haber quemado el recurso de al lado y llegar al centro de día portándose lo mejor posible.

Esto demuestra que en la convivencia hay un doble sentido: 1- de los marginados a los no marginados; 2- de los no marginados a los marginados; en ambos casos los recursos funcionan como intermediarios comunitarios. Las respuestas y reacciones ante las situaciones que se puedan presentar varían según la persona, el momento y el espacio en el cual se encuentre, siendo común entre los usuarios y los ciudadanos reacciones violentas que vulneran la convivencia y afectan a toda la comunidad.

Otra de las visiones sociales que se mantienen respecto a los usuarios es que son considerados como viciosos; son aquellas personas que le quitan el dinero al ciudadano común a través de impuestos para ayudarlos; además se considera que el consumo de droga es una decisión ignorando que la adicción como tal no lo es; entre otros imaginarios que sirven de argumentos a la sociedad para mirar hacia otro lado (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017)

Cuando hubo la alarma social del 85 las miradas se concentraban en los problemas sociales, pero actualmente no se tiene esa alarma dado que los programas de prevención han logrado sensibilizar a la población general y han fortalecido la reacción ante la adicción, además se cuentan

con recursos que antes no se tenían. El riesgo de esto es “que la sociedad empiece a pensar que las drogas no generan problemas, hay cierta banalización de los efectos que las drogas tienen, hay una mayor aceptación social” Por lo tanto, el hecho de que no se vea la situación de una manera aguda o crítica no quiere decir que el fenómeno no exista, y es en esto en lo que hay que incidir para ir consolidando el apoyo social (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017).

En consecuencia, se evidencia que el papel de los recursos es de mediadores comunitarios el que consiste en enseñar a los usuarios normas básicas de convivencia que dada su situación las ha podido haber olvidado; también su función es educar a la comunidad en paciencia, tolerancia y comprensión, que, si bien no quiere decir esto ser permisivos, si reconocer el lugar del otro como un ser humano, que como todos tiene dificultades. Y solo en esta convivencia es que de a pocos se pueden ir rompiendo los imaginarios, estereotipos y juicios que se tienen sobre el otro, más aún a una persona que ha decidido salirse de los cánones sociales pre establecidos. Finalmente, una de las grandes tareas que tiene con la sociedad general es concientizar y sensibilizar sobre el fenómeno, dando a conocer los grandes avances que han hecho todos los que atienden a esta población y de igual forma remarcar la existencia del fenómeno.

Bogotá: grande y diversa

Antes de dar inicio a la descripción de los usuarios y los recursos si es importante mencionar unos aspectos claves para poder entender el contexto de esta ciudad. Recordemos que el fin de la división por ciudad no es comparativo sino de comprensión dado que los contextos son disímiles y lo que se quiere ver es qué hay en ambos contextos para atender a la población por la cual se indagó.

La ciudad de Bogotá tiene múltiples rasgos, uno a resaltar es su diversidad, en parte debido a su gran extensión territorial y al tener una población que supera los ocho millones de habitantes. También es una ciudad capital perteneciente a un país multicultural con una larga trayectoria de transiciones y periodos violentos que han construido unas dinámicas sociales y culturales bastante complejas, en muchos casos han sido realmente duras para la población desde cualquiera que sea el punto vista desde el cual se haga una lectura contextual.

Asimismo, su diversidad se ve reflejada en los múltiples tipos de recursos que abordan las drogodependencias, estos pueden ser de carácter privado, público, con convenio con la administración pública, con ánimo de lucro o sin este, ONG s, etc. Para esta investigación y en coherencia con todo el proceso he tenido en cuenta la organización y planeación de las administraciones públicas para dar respuesta al fenómeno de la habitabilidad en calle centrándome en aquellos recursos públicos que tienen énfasis en este colectivo siendo: Secretaría Distrital de Integración Social, IDIPRON y el Centro de Atención a Drogodependencias del Hospital Santa Clara²⁴. Esta selección deja de lado otras perspectivas de atención del fenómeno reconociendo esto como una de las limitaciones de investigación.

Como segunda limitación, es importante aclarar que en la ciudad de Bogotá realicé una aproximación a campo lo que implica que no se cuenta con la misma profundidad de los datos que en Bilbao, además reitero que mi intención en este proceso investigativo no es hacer una comparación entre las ciudades ni una generalización respecto a sus programas o una forma de ser la atención. Y en tercera medida, al enfocarme en los habitantes de calle, tuve una mayor aproximación en campo con el sector social que con el sanitario lo que puede dejar de lado elementos para la discusión.

²⁴ La Secretaría Distrital de Integración social fue seleccionada por ser la que tiene a cargo la ejecución de la Política Pública de Habitabilidad en Calle; el IDIPRON se seleccionó por su larga trayectoria en la ciudad manejando el tema de la habitabilidad en calle; y el Hospital Santa Clara actualmente cuenta con una gran mayoría de población habitante de calle de la zona del Bronx participando en el Centro de Atención a Drogodependencias.

Aclarada esta limitación del campo y resaltar particularidades de esta ciudad, el siguiente apartado tiene en cuenta la relación que hay entre los recursos existentes, los usuarios y la política pública pues son estos tres actores los que le han dado forma a la atención. Este apartado inicia con la distribución y estructura de la política pública y sus implicaciones en la atención, abriendo así el espacio para la voz de los recursos sociales y sanitarios. Esta descripción del modelo de atención planteado institucionalmente y la atención cotidiana de los recursos conlleva a resaltar las particularidades de la población que atienden.

Fenómeno de Habitabilidad en Calle: Pensarse una Política Pública.

En la ciudad de Bogotá el fenómeno de la habitabilidad en calle ha existido desde hace muchos años, un ejemplo que permite visibilizar esto es el IDIPRON, una institución que lleva 50 años atendiendo a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situaciones de fragilidades sociales. Esta institución inicia atendiendo a los *gamines*, quienes eran los niños que habitaban la calle; ahora se reconoce que la población ha cambiado y han surgido distintas necesidades ante distintas situaciones (I, Ibañez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017). Luego de estos pioneros se inicia la atención desde la administración pública hacia personas en condiciones vulnerables, incluidos los ciudadanos habitantes de calle, teniendo comienzo en la alcaldía del año 1998²⁵ desde el sector de bienestar social que actualmente es la Secretaría Distrital de Integración Social –SDIS– así esta institución cambia de nombre pero se mantiene su propósito (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017).

Respecto a esta población surge la Política Pública del Fenómeno de Habitabilidad en Calle en el año 2015²⁶, la cual se centra precisamente en este fenómeno, esto quiere decir que es un tema que nos compete a todos como ciudadanos y como sociedad reconociendo que hay todo un desarrollo cultural y social detrás de la situación de cada uno de estas personas, hay una serie de interacciones y relaciones que conllevan o posibilitan que esta situación se dé. Como bien lo encontramos en la afirmación de uno de los entrevistados:

²⁵ En la contextualización la fecha de inicio que reconoce la política pública es 1995 mientras que el entrevistado que la mencionó da cuenta del año 1998. Como tal no tengo una explicación para esta diferencia, aunque al menos coincide en la misma década los años 90's.

²⁶ No tengo en cuenta todos los procesos entre 1995 a 2015 dado que en esta tesis me centro en el momento actual y evidenciar qué es lo que sucede hoy en día con esta población.

“esta política no es para el habitante de calle, sino que pretende abordar el fenómeno de la habitabilidad en calle teniendo en cuenta que eso tiene un desarrollo cultural y social del que todos somos responsables” (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017)

Como es un fenómeno amplio y diverso la política contó con la particularidad de ser todo un proceso de construcción:

“Desde el acuerdo 366 se vio la necesidad de realizar una política pública y de ahí surge la intervención al Bronx en el año 2013 desde el proyecto ciudadela humanidad en donde se ubicaron unas unidades operativas alrededor del Bronx para captar gente – por ejemplo, los CAMAD-.” (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017).

Así vemos que primero hubo un acercamiento al contexto de esta población, para luego ir diseñando la política con ciudadanos habitantes de calle, con el sector privado, el sector público, ONG’s, ciudadanos, entre otros actores. Lo cual significa que “no es una política de estado y de gobierno, sino que es una política construida por las poblaciones”. (S, Sarmiento, comunicación persona, 22 de noviembre de 2017)

En esta se han identificados tres momentos puntuales del proceso de habitabilidad en calle que son antes, durante y después. El primero hace referencia al riesgo que puede tener una persona para habitar la calle como, por ejemplo, las relaciones familiares y el consumo de SPA; el segundo es el momento en que las personas están habitando la calle y hacen uso de centros buscando superar su situación; y, por último, es cuando se supera la situación de habitabilidad en calle en donde se pretenden romper las barreras de acceso de la sociedad reconstruyendo la red del fenómeno (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017)

Estos tres momentos involucran a muchos actores que van desde la familia, la comunidad, el tráfico de sustancias psicoactivas que actúan en los contextos con alta vulnerabilidad y altos grados de pobreza, los mismos habitantes de calle, las instituciones públicas, las privadas y en general todo tipo de institución que tenga contacto con esta población. Cada uno de los actores tiene un nivel distinto de participación y de impacto.

En el caso de la política se inicia con la participación de las 25 entidades rectoras, ya que son garantes del bienestar de toda la población, es decir, todas las instituciones públicas han de participar en el fenómeno. Anterior a esta política se establece el decreto 691 que es una política de droga que va desde el 2011 hasta el 2021 liderada por el Consejo Distrital de estupefacientes. Este decreto cobija a esta PP contando con la participación de ocho sectores del distrito que son: 1- Secretaría de Salud; 2- Secretaría de Educación; 3- Secretaría de Gobierno; 4- Secretaría de Integración Social; 5- Secretaría de Hacienda; 6- Secretaría de Planeación; 7- Secretaría de Seguridad, Convivencia y Justicia Social; y 8- Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte. De estas la secretaría técnica es la de Salud porque desde la administración distrital se ha planteado que el tema de las drogas es de salud pública (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017).

En resumidas palabras, para cumplir con el objetivo de la política, que es promover la inclusión social de un grupo poblacional puntual, se tiene que contar con toda una red de actores que cubra las distintas dimensiones del sujeto iniciando por el sector público, por esto participan 8 sectores y 25 entidades públicas. Como es tan amplio el tema de las drogodependencias se ha considerado como un tema de salud pública por lo cual la secretaría de Salud es la más indicada para abarcar el tema y orientarlo.

“La secretaría técnica es la de salud porque la administración distrital plantea el tema de las drogas como un tema de salud pública y dice listo el tema de SPA es de salud pública por la ley 1566 que es la ley nacional que dice que los consumidores de SPA deben ser atendidos por el sistema de salud... si eres un consumidor de SPA tienes derecho a ser atendido en los recursos de salud” (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017)

¿Entonces cómo es el papel de la SDIS? Bueno pues por un lado hay que comprender que una de las funciones de esta secretaría es liderar la implementación y ejecución de las políticas sociales, como es el caso de la PP del fenómeno de habitabilidad en calle, de hecho, varios miembros de la secretaría fueron partícipes en la construcción de esta, como es el caso de los dos participantes de esta investigación. Por otro lado, la secretaría cuenta con una serie de políticas transversales que afectan a la población, como por ejemplo la prevención del consumo de SPA por dos razones:

“porque somos responsables por ley de esta política entonces tenemos una responsabilidad jurídica con la política, y segundo, porque ves que es un tema que está inmerso en todas las poblaciones entonces tú vas a encontrar situación de consumo en infancia y adolescencia, juventud, en familia, habitante de calle, vejez.” (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017)

Como consecuencia de su función la secretaría se ha organizado en cinco direcciones y distintas subdirecciones con el fin de dar respuesta a estas políticas. En este caso es de especial interés la dirección poblacional de la cual se desprenden las subdirecciones técnicas que manejan las distintas políticas y específicamente la subdirección de adultez quien maneja la política eje de la investigación.

Con esto ya contamos con puntos claves: 1- la política ha sido un proceso de conocer y reconocer a la población para construir conjuntamente un proyecto que se ajuste a su realidad; 2- al ser considerada un fenómeno por parte de la PP, todos somos corresponsables del mismo y por ende solo hay cambio cuando todos nos impliquemos en el mismo; 3- las dinámicas sociales han ido creando y moldeando una forma de atención como es la estructura de la institución pública dándole sentido y orientación; 4- Desde las políticas no se puede separar el consumo de sustancias psicoactivas y el fenómeno de habitabilidad en calle, aunque no quiere decir que toda persona habitante de calle sea usuaria de SPA, solo que si es una población que tiene una alta vulnerabilidad y una estrecha relación con el tema.

Para poder entender estos puntos se vuelve clave mencionar los principios de la PP que son: la dignificación y la re-significación. El primero se refiere al mejoramiento de la calidad de vida siendo a la vez una garantía del derecho fundamental a la dignidad humana; mientras que el segundo se enfoca en el cambio de visión de la sociedad- estigmatización-. Hay que comprender que el habitar la calle no es un delito puede ser incluso un proyecto de vida y eso hay que respetarlo. Aun así, la filosofía es que menos personas entren a esta situación. Además, al ser la sociedad quien los produce, es en ella en quien debemos generar transformaciones (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017).

En coherencia con lo anterior el objetivo es promover la inclusión social de manera interdisciplinar generando oportunidades y desarrollo de capacidades de los sujetos para que puedan ser agentes de su propia vida construyendo un horizonte de sentido. Esto reconoce que el

volver a la calle a la persona “le va peor” (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017). Literalmente el objetivo general de la política dice:

“Resignificar el Fenómeno de la Habitabilidad en Calle en Bogotá, por medio de la implementación de acciones estratégicas integrales, diferenciales, territoriales y transectoriales, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los Ciudadanos y Ciudadanas Habitantes de Calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y realización de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política y cultural así como a la protección integral de las poblaciones en riesgo de habitar la calle” (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

Teniendo en cuenta lo anterior, y retomando los tres momentos por los cuales pasa el habitante de calle, la subdirección de adultez planeó una forma coherente de atención que es el siguiente modelo (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017):

1- Trabajo de calle: Es el inicio de la ruta y cuenta con dos finalidades. La primera es informar a las personas habitantes de calle sobre los recursos que hay invitándolos a participar de estos ellos deciden si ir o no. En segundo lugar, se hace un trabajo comunitario orientado a la re-significación hablando e informando a la población general sobre el fenómeno.

2- Hogares de paso: Son sitios articulados con salud en donde se aborda el ámbito psicosocial- como el tema de SPA- se brinda una atención médica, cuentan con enfermería y hay una cobertura de las necesidades básicas. Esto son sitios semi-institucionalizados.

3- Centro de acogida transitoria. Aquí se inicia un proceso de cinco meses en el cual se pretende hacer una dejación de los hábitos de calle y hacer una vinculación familiar. Al igual que los hogares de paso son semi institucionalizados, eso quiere decir que pueden entrar y salir cuando deseen y se hace un proceso de seguimiento.

4- Comunidad de vida. Es un centro institucionalizado cuyo proceso es de 9 meses y se encuentra ubicado a las afueras de la ciudad, por ejemplo “El Camino” tiene cupo para 120 personas. Aquí se hace un trabajo más terapéutico.

5- Centro de alta dependencia. Es un lugar sin tiempo definido en donde se da cabida a los casos complejos como por ejemplo situaciones de salud mental que requieren de una atención profesional de por vida. Las personas que se encuentran en este son institucionalizadas.

6- Enlace social y seguimiento. Esto se hace después que la persona haya salido de los centros con el fin de prevenir las caídas, a ellos se les ayuda a conseguir empleo y gestionar las posibles barreras que se puedan encontrar.

Aunque parezca que se maneja integralmente el ámbito sanitario y el social hay que aclarar que cada secretaría solo puede realizar aquellas actividades coherentes y pertinentes con su misión. Como bien lo dice un entrevistando haciendo la aclaración de la diferencia entre la comunidad de vida y una comunidad terapéutica:

“En algún momento funcionó como comunidad terapéutica pero ahora por misonalidad ya no se puede porque qué dijo el Estado en algún momento, si este tema es de salud entonces nosotros no podemos tener eso...Nosotros tenemos aquí muchos compañeros que son psicólogos incluso que tienen maestrías en intervención clínica, pero por misonalidad aquí en la secretaría no lo pueden hacer, no pueden hacer, así lo hagan no lo pueden registrar porque eso es una atención básica de salud, y eso lo debe hacer es salud. Nosotros tenemos aquí personas que son pedagogos, que tiene especializaciones en pedagogía, pero aquí nadie forma ni capacita porque eso es competencia básica del sector educación o sea no nos pisemos la manguera cada cual hace lo que le toca, entonces por eso no es comunidad terapéutica es comunidad de vida.” (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017)

Ante el hecho que cada secretaría desarrolla lo que le corresponde sin realmente tener una relación o intervenciones conjuntas ¿qué implica esta fragmentación en el modelo de atención? ¿cómo afecta a los usuarios? Hay que recordar que la PP resalta la participación de intersectorial para responder a las necesidades de la población ¿cómo se piensa esta participación conjunta de las secretarías? Desde mi perspectiva y teniendo en cuenta las entrevistas, esto traduce que la PP aunque reconoce la multidimensionalidad de los sujetos como aspecto necesario para abordar el fenómeno, en la atención no se materializa este eje pues cada sector ha de trabajar lo suyo sin que realmente haya un diálogo entre las secretarías, entre los recursos ni entre los profesionales, así

cuando el tema le compete a otro sector se deriva a la persona sin haber un trabajo integral ni simultáneo.

Responder a estos interrogantes requiere que se conozca mejor los recursos y las características de la población para dar cuenta de las implicaciones que trae a la cotidianidad de las personas habitantes de calle, pero también para dar cuenta cómo los recursos se adaptan ante estas imposiciones buscando siempre brindar la mejor atención a esta población. Ahora bien, aclarada la política pública desde el ámbito social y la ruta de atención que han diseñado con el objetivo de integrar socialmente a las personas, pasaré a describir las características de la población y la forma en que se brinda la atención buscando evidenciar la relación institucional.

Características “generales” del ciudadano habitante de calle: Bogotá.

La diversidad de la ciudad de Bogotá también se puede encontrar en la diversidad de sus habitantes de calle. Primero acotaremos el término de ciudadano habitante de calle para luego proceder con las descripciones de los entrevistados. La definición de la SDIS (2014) es:

“Persona sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente por lo menos treinta días continuos o transitoria cuando haga uso de lugares especiales de alojamiento (instituciones públicas o privadas, paga diarios o los lugares de consumo).”

Partiendo de esta definición, la Política Pública (2015) permite ver unas pinceladas generales de la población. Dentro de ellas está la diferencia de género siendo 90% hombres y 10% mujeres aproximadamente. También da cuenta de las razones por las cuales se habita la calle, siendo dos principales: las relaciones familiares y el consumo de SPA. La edad de inicio de consumo está entre los 14 y 15 años siendo las sustancias más comunes el cigarrillo y la marihuana, y a los 17 o 18 años se inicia el consumo de bazuco²⁷; esta última sustancia es la más consumida por esta población debido a su precio económico y fácil acceso.

Estos datos de la PP son profundizados por los entrevistados, así, por ejemplo, la entrevistada del Hospital Santa Clara retoma el punto de la familia y comenta que es común que

²⁷ Bazuco: Etimológicamente significa basura. Es una pasta base de cocaína, cal, bicarbonato de sodio, cemento, metano, ácido benzoico y queroseno. Se fuma mezclado con tabaco o marihuana. Esta sustancia resulta del desperdicio de la producción de cocaína (SDS, 2015)

las personas provengan de familias desestructuradas en donde han sufrido abandono, rechazo, maltrato físico o verbal, muchos han estado en el ICBF²⁸, entre otros, es por esto que comienzan a permanecer gran parte de su tiempo en la calle siendo usual que inicien el consumo de SPA entre los 7 a los 14 años, a la vez que incrementa la posibilidad que deriven en una situación de habitabilidad en calle. También, al ser a tan temprana edad el consumo muchos no culminan el colegio o incluso hay casos en los que jamás han realizado procesos escolares (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017).

Otro perfil de usuario que les suele llegar al CAD²⁹ son tanto las víctimas como los victimarios del conflicto armado colombiano, una realidad latente en el territorio, que por cuestiones de desplazamiento terminan en las grandes ciudades. Las víctimas debido al trauma y los duelos que deben elaborar, -como lo es dejar toda una vida atrás-, encuentran, en algunos casos, refugio en las SPA pues son situaciones muy fuertes y confrontantes las que vivencian. En el caso de los victimarios la cita a continuación describe su situación:

“... es bastante complejo ya que como estrategia de defensa suprimen a la familia muriendo lo afectivo y volviéndose insensibles siendo la conducta y la rutina el centro de sus vidas, así si los intentan torturar amenazándolos con sus allegados ellos tienen la habilidad de no inmutarse, es un mecanismo de defensa. Por eso cuando llegan a pedir ayuda llegan bastante dañados y deteriorados” (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017)

Claro no se puede generalizar que esto siempre le sucede a todos los actores del conflicto, cada persona tiene una forma particular de reaccionar y enfrentarse a las situaciones traumáticas. En varios casos el consumo de SPA es un mecanismo de “afrontamiento” evitando la realidad y rompiendo con la cotidianidad que los agobia, aunque es con ellos mismos con quienes se encuentran al estar alterada su consciencia (Fatela, en Ehrenberg, 1991).

Las razones para estar en una situación de exclusión social, específicamente la habitabilidad en calle, son tan diversas como los mismos perfiles de usuarios y sus razones de consumo, sin embargo, hay elementos en común como lo son las sustancias que se consumen. Bien lo plantea

²⁸ ICBF: Instituto Colombiano para el Bienestar Familiar.

²⁹ CAD: Centro de Atención a Drogodependencias del Hospital Santa Clara.

Fatela (en Ehrenberg, 1991), el papel y significado que tiene una SPA en una sociedad se arraiga en la cultura, según la percepción que tenga la sociedad sobre una droga la tolera o la incluye por su funcionamiento y la relación que esta sustancia tenga con el imaginario social.

En el caso de Bogotá las sustancias más consumidas son: “cocaína, bazuco, sobre todo pegantes, inhalables, gasolina, alcohol y la heroína es escasa, pero hay” (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017). En la lista de sustancias que se consumen resaltan aquellas que son cotidianas como el pegante o la gasolina ¿qué indica esto? Antes de responder a este interrogante es relevante recordar que en la población habitante de calle la sustancia más consumida es el bazuco, esta sustancia se caracteriza por la fuerte adicción que genera pues produce gran euforia y el efecto dura muy poco tiempo, al culminarse produce gran ansiedad y depresión en la persona.

Conocer esto es importante para responder a la cuestión ya que, aunque el bazuco es económico, la frecuencia de consumo que exige y el síndrome de abstinencia que genera es tan fuerte que implica elevadas cantidades de dinero que no tiene esta población. Así, productos cotidianos y de fácil acceso adquieren un papel importante, pues para bajar la ansiedad y evitar el malestar que les produce el estar sin la droga, es preferible alterar la consciencia con alguna sustancia que los aleje de sufrimiento físico y psicológico.

En consecuencia, es evidente que hablamos de una población con una alta dependencia a las sustancias sobre todo al bazuco. El estar en un estado de sobriedad es para la persona una realidad muy tortuosa pues se entremezcla el sufrimiento físico, psicológico, su historia, su situación actual, entre otros, que pueden incluso desbordar al sujeto, siendo la salida “más simple” el tener la consciencia alterada con lo que logren conseguir. Al entender que esta es una forma de llevarse al límite al siempre estar drogados y girando en torno a las SPA para vivir, Fatela afirma que la persona se expone en el consumo al “doble efecto de la vida y de la muerte, de alienación y creación que las drogas llevan en ellas” buscando que prime la vida antes que la muerte (en Ehrenberg, 1991).

Lo que quiero decir con esto es que el buscar y conseguir las sustancias, el siempre estar con la consciencia alterada es su estilo de vida, es su forma de vivir, aunque en momentos se encuentren la muerte en lo que consumen. Por lo tanto, es importante dar cuenta del proceso de la persona desde el inicio de su consumo hasta su momento actual contemplando cuales son las consecuencias de las sustancias que consumen. En el recurso el OASIS tuve la oportunidad de observar varios

efectos de las sustancias en un taller de autoestima y descubrimiento persona, el siguiente apunte de campo señala:

“A la hora de participar pude observar que a muchos les costaba aguardar a su turno requerían de la urgencia y de la inmediatez para poder participar activamente del ejercicio, de hecho, si no comentaban inmediatamente les surgía la idea se les olvidaba...”³⁰

¿Por qué es consecuencia de las drogas? Bueno para esto hay que dar cuenta de los efectos de las sustancias psicoactivas, lo cuales tienen influencia en la experiencia subjetiva y en el comportamiento de una persona consumidora afectando el sistema nervioso central. Hay cuatro mecanismos de consumo que son la ingestión oral, la inyección, inhalación y por la absorción de mucosas. Por las cuatro vías las sustancias llegan al cerebro y alteran las conexiones de las neuronas, especialmente el sistema dopaminérgico, el cual está relacionado con las funciones de movimiento, aprendizaje, motivación y memoria. El efecto en estas funciones tanto cerebrales como cognitivas están más deterioradas en aquellas personas que llevan muchos años en el consumo (Gómez en Ramírez, 2016).

En el caso puntual del bazuco, esta sustancia se caracteriza por la gran adicción que genera y su alta toxicidad conllevando a la persona a su aislamiento social, laboral y familiar, puesto que esta droga exige una frecuencia de consumo intensa y masiva; y su sentido de consumo es compulsivo y cotidiano. Esto causa una necesidad de mantener el estado de euforia que produce la droga sin importar el costo social expresado en la habitabilidad en calle, así como girar en torno a conseguir la sustancia y consumirla. Respecto al aspecto físico, la sustancia afecta el sistema nervioso central y el sistema gastrointestinal teniendo efecto sobre el apetito, el dolor, el estado de ánimo y la memoria (SDS, 2015).

Teniendo en cuenta esta información más la impaciencia y el olvido de los jóvenes del OASIS, se evidencia la cronicidad de su consumo y su situación, pues recordemos que es usual que los consumos se realicen en edades muy tempranas con lo cual no hay un desarrollo de estas habilidades cognitivas y tras del hecho hay un gran deterioro por la larga trayectoria de consumo

³⁰ Tomado literal de mi diario de campo luego de haber hecho una reflexión con la trabajadora social contrastada con mis percepciones.

de esta sustancia. Es decir, la conducta en el aula móvil de los jóvenes es una consecuencia de la trayectoria del consumo, la situación de habitabilidad en calle y la misma sustancia que consumen.

El consumo tiene sentido en la intrínseca relación que hay entre la sustancia, su uso y el mundo de la calle, como bien la señala la entrevistada del IDIPRON:

“todo lo quieren para ya están o sea la lógica de la dinámica de calle todo es para ya, todo es lo que yo quiera, cuando lo quiera y como lo quiera y si eso no les funciona pues entonces suerte.” (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017)

Estas configuraciones del mundo de la calle se van desarrollando y desenvolviendo de la mano con un contexto social pues la sociedad se construye una imagen de “quienes son” las personas que habitan la calle teniendo fuertes repercusiones en estas. En el taller que presencie los chicos contaron cómo se sentían percibidos expresado en la siguiente cita del diario de campo:

“Dentro de las experiencias que contaron se resalta el rechazo de la familia quienes llegaron a hacerles comentarios como: “te vas a morir así drogadicto”; “no mereces vivir en esta casa”. Han sufrido actitudes de rechazo por parte de la familia y de la misma sociedad en donde se les denomina “ratas”, “indigentes”, “desechables”.³¹

Esto es tan fuerte en los jóvenes que ellos se llegan a creer todos los términos que ha construido la sociedad para denominarlos como “escoria social” conllevando a la ruptura radical del sujeto con la sociedad generando sentimientos de desconfianza y viviendo bajo la ley de la supervivencia, el mundo de la calle es completamente individualista “es la ruptura total con las redes subjetivas, con los vínculos, la familia y los amigos, mejor dicho, la persona está sola en el mundo.” (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017).

En resumen, el consumo compulsivo y de inicio temprano del bazuco hace que la persona básicamente viva por la sustancia sin importar las consecuencias que tiene a nivel físico, social y psicológico. Tendencialmente las personas terminan en una situación de habitabilidad en calle, un

³¹ Tomado literal de mi diario de campo en dónde anoté las frases que me parecieron más fuerte y frecuentes en las narrativas de los jóvenes.

mundo que tiene sus propias normas, dinámicas e interacciones resaltándose la individualidad y la desconfianza hacia el entorno.

¿Cómo es entonces el mundo de la calle? La cultura o prácticas de la calle es buscar cómo ejercer poder sobre los demás abusando de sus espacios, de sus cosas y hasta de su propio cuerpo perdiendo toda noción de cuidado, de respeto y todos los límites. Aunque se podría creer que este ejercicio de poder por imposición es para generar respeto, la verdad es que es temor (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017).

Dentro del recursos el OASIS los usuarios aún mantienen ciertos hábitos de la calle como es el robo para el cual son bastante ágiles; esto es una muestra de la lógica de la calle en donde no confían ni creen en nadie manteniendo así el juego de poder. Tanto profesionales como algunos de los chicos que se acercaron a hablar conmigo me recomendaron insistentemente tener cuidado con mis objetos personales (OASIS, diario de campo, 16 de noviembre de 2017).

Ahora bien, dando cuenta de algunos perfiles, dinámicas de su contexto y el significado de las sustancias, al inicio del documento mencionamos como clave la diferencia de género que determina una forma de experimentar la calle muy distinta.

Al iniciar el campo en el OASIS conversé brevemente con el guardia de seguridad de la entrada, le pregunté sobre lo que más le impactaba de trabajar en el recurso y su respuesta fue: “una cosa que me parece muy fuerte es que hay muchas chicas que se parecen a los hombres, se viste, caminan y hablan como hombres que uno no puede creer que sean mujeres, son unas chicas-chicos, pero también hay casos en que los hombres se viste y simulan ser mujeres.” La forma en que lo comentó mostraba lo impactante que era la situación para él y lo difícil de comprender (OASIS, diarios de campo, 16 de noviembre de 2017).

En el taller sobre el auto-concepto se mantuvo la división entre hombres y mujeres siendo los primeros en recibir el taller los hombres. En el primer taller, cuando se le mencionó al grupo de hombres que luego seguían las mujeres a hacer la misma actividad, su primera reacción fue reírse y hacer comentarios como “las niñas hombres”, “será el otro grupo de chicos profe”, “esos marimachos”, entre otros comentarios que iban acompañados de carcajadas – la profesional hizo una reflexión sobre el tema- (OASIS, diario de campo, 16 de noviembre de 2017).

¿Qué señalan estas dos experiencias? Por un lado, hay una gran tendencia a descalificar a las mujeres igualándolas a los hombres y comprendiendo como desviada su forma de comportarse y vestir, sobre todo en aquellas que se identifican más con lo masculino. Por otro lado, al suscitar

burlas y risas en los hombres que se encuentran en su misma situación se puede ver el rechazo que sufren las mujeres entre sus iguales, casi como si no tuvieran el derecho de encontrarse en esa situación. Es decir, el mundo de la habitabilidad en calle es un mundo masculino donde lo femenino es aún más marginado y censurado implicando una vulnerabilidad especial en las mujeres. Este tema será ampliado en la relación entre contextos.

Continuando con las diferencias de género me percaté que dentro del OASIS hay un pabellón para hombres y otro para mujeres, cosa que también sucedía en el CAD. Prosiguiendo con mi observación participante, la cancha ubicada en el medio era el único sitio donde convergían hombres y mujeres, lo cual despertó una gran curiosidad en mí, al preguntar varias veces a distintos profesionales la razón de esta división, se mencionó superficialmente el control de los impulsos sexuales y las enfermedades de transmisión sexual, pero no hubo una explicación contundente sobre la división y más de día en los distintos espacios de socialización (OASIS, diario de campo, 16 de noviembre de 2017).

Estas diferencias de género también se pueden encontrar en el CAD, siendo una de ellas la separación de las habitaciones justificado con el mismo argumento de las enfermedades y los encuentros sexuales. Además de esto, actualmente los usuarios provienen del Bronx, sitio que tuvo su intervención por parte de la alcaldía de Bogotá como se dijo anteriormente, contando con la participación de 36 hombre y 10 mujeres. Al preguntar sobre las diferencias de género, la entrevistada respondió haciendo alusión a su situación psicológica (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017):

“la diferencia es que los hombres tuvieron problemas con las relaciones afectivas, es decir, en su infancia hubo una decepción con el vínculo materno, en el caso de las mujeres hay una filiación a la autoridad por el placer esto hace que tengan ciclos de abuso y lo busquen más”.

Nuevamente nos referimos a la importancia de los vínculos en esta población, no siendo lo único en lo cual hay diferencias; hay algunas más notorias en la práctica diaria como por ejemplo el hecho que las mujeres desistan en las primeras semanas al tratamiento y aquellas que culminan el proceso suelen ser madres que desean recuperar a sus hijos. Se evidencia mayores índices de ansiedad en ellas aceptando con mucha más facilidad los ansiolíticos. También es característico

que ellas acudan al ejercicio de la prostitución para conseguir las sustancias llegando casos al centro en los que ellas tienen alguna enfermedad de transmisión sexual de la cual no tenían conocimiento (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017).

Ante la descripción de cada uno de los recursos vemos que, si hay una notable diferencia entre hombres y mujeres, pero que es muy distinta en un recurso que atiende población desde los 7 a los 28 años, a un recurso que atienden desde mayores de 18 años cuyo grueso de población se concentra en adultos de edad media.

Ahora bien, habiendo caracterizado a la población con los entrevistados y mis experiencias ¿qué pasa con aquellas personas que presentan patología dual? Ante este tema todos los entrevistados refieren que existe en la población y es bastante complejo de abordar, sin embargo, no hay un porcentaje o una estadística que revele el número de personas habitantes de calle que presentan esta condición, ni una claridad en cuál es el diagnóstico más común o algún tipo de especificidad.

Inicialmente las personas se deben enfrentar al duelo de aceptar la enfermedad mental. Hay casos en el CAD que cuando llegan no saben si tiene la enfermedad negándola con el argumento de “yo no estoy loco” y siendo la excusa para no tomarse la medicación. Las personas suelen ser renuentes a participar, no hacen ningún tipo de interacción, se encuentran solos y tienen dificultades con el sueño. La falta de socialización se debe al sentimiento de rechazo que tienen, el incremento de su deterioro cognitivo y la falta de acompañamiento de sus familiares (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017).

Otra razón para su falta de socialización es el bullying (matoneo) que experimentan de sus compañeros, quienes se burlan de su torpeza motora y su dificultad verbal; en el recurso se trabaja con las personas con PD en la reestructuración cognitiva para el manejo de estas situaciones y otras similares. El deterioro que viven lleva a que sea complejo establecer relaciones de pareja y cumplir las expectativas que se hacen alrededor de estas (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017).

Los usuarios con PD participantes del CAD – y en general todos- cuentan con la facilidad de la cobertura oportuna de sus necesidades sanitarias dado que tiene acceso a las diferentes áreas de hospital, pero si por el contrario el usuario se encuentra en un recurso social se encuentra con varias dificultades como barreras de acceso por cuestiones burocráticas por ejemplo, tener el

sisben³²-, la lentitud de las rutas de acceso – esperar meses por una cita- y cierta precariedad en el servicio. Para que haya una atención oportuna muchas veces se acuden a los contactos que se tienen dentro de las instituciones sanitarias, haciendo uso de este medio en situaciones muy agudas (C, Castaño, comunicación personal, 3 de noviembre de 2017).

Luego que sanidad ha hecho la valoración y hacen un diagnóstico se enfrenta el recurso a otras situaciones como es el uso del medicamento y la compra del mismo, la adherencia al tratamiento, el manejo de las recaídas, e incluso a casos de VIH positivo. A muchos usuarios todo esto no les interesa ¿por qué? Un explicación proviene del hecho de no tener una noción de autocuidado sea por maltrato, abandono, porque no se ha hecho un proceso de construcción de autoestima o no se tiene noción de auto-concepto, etc. “entonces si no hay una noción de autocuidado para un dolor de muela imagínate ya para cuando sea un tema crónico o que necesita como un tratamiento casi de por vida, no lo hay, o ven en los medicamentos como un bien o sea es una vaina que yo puedo cambiar y me dan la bicha (papeleta de bazuco)” (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017).

Ante esta falta de interés la relación que mantiene el usuario con la sustancia es un tema bastante álgido:

“... se vuelve un círculo vicioso una persona digamos con una problemática fuerte de salud mental sin atención, abusando de spa, sin tratamiento, en una situación de exclusión, digamos que muchas veces el consumo se vuelve el refugio de situaciones de salud mental, es la manera de aliviar esas situaciones de salud mental convirtiéndose en un ciclo interminable que va hacia el absoluto y total deterioro de la persona y que cada vez es más difícil que de vuelta atrás” (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017)

Por lo tanto, el tema de patología dual tiene diversas aristas iniciando por el proceso de conocer y aceptar su situación; los estigmas y estereotipos que se tiene sobre la enfermedad mental que llevan a marginar a esta persona incrementando su sensación de rechazo y soledad inclusive entre personas que comparten espacios y situaciones similares; la falta de interés por su situación que se relaciona con la percepción que tienen de sí mismos; tienen una gran dificultad para acceder

³² Sistema de información colombiano que permite identificar a la población que se encuentra en situación de pobreza siendo potencialmente beneficiarios de programas sociales.

a los recursos sanitarios, subyaciendo la contradicción de unos largos tiempos de espera ante una población que se mueve por la inmediatez y la urgencia, pero también el hecho de que no estén claras ni definidas las rutas de acceso y atención de manera oportuna, eficiente y eficaz.

No hay que olvidar ante este panorama un aspecto supremamente clave mencionado por un entrevistado de la SDIS (S, Sarmiento, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017) y es el hecho que, cada secretaría, y por ende cada institución vinculada con cada secretaría, debe cumplir con su misión y no interferir o hacer la labor de otra, es decir, los de social deben hacer lo que le corresponde a social, como los de sanidad deben hacer lo que le corresponde a sanidad. Bien lo aclara la entrevistada del IDIPRON (I, Ibáñez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017):

“En teoría nosotros no tendríamos la capacidad para atender paciente psiquiátrico, pero si no la población se va la mitad y nos quedamos sin meta también, esto es una situación que nos ha tocado lidiar con pura buena intención, energía y hagámonos pacito, y el puro manejo de venga mijito...”

Así las secretarías tienen que tener todas en cuenta las políticas públicas, pero no hay un diálogo, no hay una conexión o una forma de integración entre estas que faciliten el cumplimiento de los objetivos de las políticas, pues cada quien debe actuar y cumplir específicamente con su misión sin poder abordar la multidimensionalidad de la persona. Con solo la descripción general dimos cuenta que los y las ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle son multidimensionales, que su situación es multifactorial y multicausal, pero que hasta el momento la atención no puede cubrir con la totalidad de las necesidades por cuestión de la distribución de la administración pública.

En conclusión, la ciudad de Bogotá ha avanzado en reconocer dentro de la política pública a los habitantes de calle como ciudadanos de derecho y como tal hay que re-dignificarlos; otra cuestión es qué tanto de ese reconocimiento es vivenciado por los mismos sujetos, los recursos y la sociedad. No hay que negar que es una política muy reciente que como bien lo comentaba el politólogo entrevistado la existencia de la PP hace visible y presente la situación en la agenda pública distrital obligando a que se tenga que abordar el tema por parte de los diversos actores implicados (S, Soto, comunicación personal, 22 de noviembre de 2017). Del mismo modo, por lo

reciente de la política, hasta ahora se está haciendo evidente aquellas cosas que hacen falta o que fraccionan la atención y se hasta ahora se está empezando a construir una ruta de atención.

Los perfiles descritos muestran la amplitud y diversidad de la población, las grandes dificultades que tienen tanto por su situación y su contexto, como por la sustancia que más consumen pues genera una adicción muy fuerte. También está claro que se reconoce la existencia de la población con patología dual, pero de ahí el camino de atención está bastante borroso e invisibilizado, así como la división por género.

Capítulo 3. Entre Tensiones, Discusiones y Puentes

En los capítulos anteriores desarrollé una descripción detallada de los contextos en los cuales se lleva a cabo la investigación; caractericé a las personas que se encuentran en situación de exclusión social, son consumidores de sustancias psicoactivas y presentan enfermedad mental simultáneamente; di cuenta de algunos de los servicios, programas y recursos que atienden a esta población, y tuve la oportunidad de conocerlos en ambas ciudades. Estas descripciones permiten dar cuenta de las lecturas que cada uno de los contextos ha hecho sobre el fenómeno, la posición que asumen ante este y la sociedad que desean ser, lo que conlleva a seleccionar una forma de organizare y una estructura de atención.

El presente capítulo tiene como argumento central dar cuenta de los elementos convergentes de ambos contextos reconociendo las singularidades de cada ciudad. He distinguido tres temas transversales en el fenómeno que son, por un lado, la búsqueda de la inclusión social, es decir, dar respuestas a personas que, por distintos motivos, se quedan al margen de la participación social; por otro lado, está la construcción de la convivencia ciudadana lo cual se relaciona con la garantía de derechos, la equidad y la construcción de comunidad. Finalmente, está la continuidad institucional aquel tema que abarca los dos anteriores, pues las sociedades han delegado en las instituciones públicas las garantías de una vida digna, con bienestar y calidad de vida, son ellas las que se encargan de la armonía social, por así decirlo. Si hay una perdurabilidad de los programas, recursos y servicios en el tiempo se proporciona seguridad, protección y confianza a la población.

Según lo anterior el capítulo comienza con la definición de los estigmas y su relación con la exclusión e inclusión social, seguido de la visión que se tiene de las personas consumidoras de SPA en situación de exclusión social y las consecuencias que eso tiene en cada una de las ciudades. Al ir desarrollando los temas doy cuenta de la construcción de comunidad, la necesidad de la transparencia institucional, la importancia de la caracterización de la población y el reconocimiento de la singularidad de cada una de las personas, la necesidad de la participación social y de la colaboración inter e intra institucional.

Antes de comenzar hay que resalta que los dos contextos plantean el fenómeno desde la salud pública esto quiere decir que se tiene en cuenta la manera de vivir, la forma de morir, cómo se enferman las poblaciones y su estado de salud. Aquí me baso en la teoría de Breilh, la cual afirma que los temas de salud pública se refieren a la teoría de la necesidad, los derechos humanos,

la calidad de vida y sus determinantes, las pautas y mecanismos de seguridad humana, las cuestiones étnicas, raciales, género y sociales de inequidad y poder (Franco, 2006).

¿Por qué me baso en esta teoría? Esta da cuenta que el fenómeno es multidimensional e interdisciplinar, que una sola perspectiva o una única manera de hacer es insuficientes para los objetivos que se pretenden alcanzar, del mismo modo, da cuenta de la necesidad de actuaciones conjuntas lo que es coherente y pertinente con el carácter complejo del fenómeno. En consecuencia, aunque el fenómeno esté circunscrito al sistema de salud, son diversos los actores que se ven afectados por este y, por ende, las respuestas deben abarcar más que los factores biomédicos integrando distintos sistemas de atención, trabajando mancomunadamente entre los sectores para garantizar los derechos básicos de toda la población, especialmente aquellos que se encuentran en situación vulnerable.

No obstante, se evidenciaron distintos puntos de tensión en la aplicabilidad de estas premisas por parte de las administraciones públicas a lo largo de la exposición. Por ejemplo, en el caso de Bilbao es la división de los servicios entre las tres administraciones públicas las cuales no necesariamente coinciden en voluntades políticas; y en el caso de Bogotá la estricta división de las funciones de cada secretaría que no facilita intervenciones integradas derivando en un fraccionamiento. Más adelante desarrollaré estos puntos.

Además, las instituciones públicas han de tener en cuenta el día a día de estas personas, su cotidianidad, que como bien mencioné con anterioridad, el mundo de la calle tiene sus propias normas y se caracteriza por la hostilidad que vivencian los sujetos allí. Entre más tiempo se permanezca en exclusión social más se desestructuran las personas y más crónica se vuelve su situación, lo que a su vez complejiza los distintos procesos de inclusión. Durante este tiempo han tenido que desarrollar distintos mecanismos de defensa para lograr sobrevivir, han tenido que cargar con toda una serie de estigmas que genera una privación de sus derechos y los deshumaniza quedando cada vez más al margen de la participación social. Por lo tanto, la solución y el camino de la inclusión requiere de una transformación social donde haya una ruptura de estos estigmas permitiendo ver y entender la situación real de estos sujetos.

El encuentro entre espejos y sujetos

En el capítulo dos mencioné que los estigmas los comprendo como un proceso social que surge a partir de la relación con el otro, en donde las sociedades establecen una serie de medios

para categorizar a las personas a través de la unión entre atributos y estereotipos, los que constituye la identidad social de la persona. Dentro de cada una de estas categorías se establecen una serie de normas que han de ser cumplidas y ejecutadas por los sujetos que se consideran pertenecientes a estas (Goffman, 2010).

Se resaltan tres tipos de estigmas, uno son las abominaciones del cuerpo- deformaciones físicas-; otros son los defectos del individuo percibidos como falta de voluntad, pasiones antinaturales, deshonestidad, creencias estrictas y falsas, ejemplo de estas son: las enfermedades mentales, las reclusiones, adicciones a las SPA, homosexualidad, desempleo, intento de suicidio y conductas políticas extremas. Y, por último, están los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión, los cuales pueden ser transmitidos por herencia contaminando de la misma manera a todos los miembros de una familia (Goffman, 2010).

En esta investigación tengo en cuenta el segundo tipo de estigma definido por Goffman, ya que, en varias entrevistas se señaló que existe la creencia en la población general de considerar al consumidor de SPA como el responsable de su adicción al decidir el consumo; además, algunos profesionales, reconocen la adicción como una enfermedad – en algunos casos denominada mental- pues el sujeto pierde parte de su capacidad de reflexión moviéndose en torno a las demandas y exigencias de la sustancia, por ejemplo, la ansiedad o el síndrome de abstinencia que pueda sufrir los lleva vender todas sus posesiones. Con esto me refiero a que hay toda una carga y una responsabilidad hacia el sujeto respecto a su condición.

Hay que resaltar que en los tres casos se pasa por un mismo procedimiento compuesto por cinco elementos: 1- las etiquetas por diferencias; 2- estereotipos sociales por características indeseables; 3- la división de aquellos con etiqueta con los que no la tienen; 4- una pérdida de condición de sujeto que genera discriminación, exclusión, etc.; 5- el ejercicio de poder de los no estigmatizados sobre los estigmatizados (Tirado, 2018)

“Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación, mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces

una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de clase social.” (Goffman, 2010)

Esto quiere decir que los estigmas son construcciones en las cuales hay procesos de deshumanización justificando discursos radicales de exclusión y de marginalidad. También lleva implícitamente la pérdida de derechos como lo es el de la dignidad y el mismo derecho a la vida justificado en la responsabilidad del sujeto por consumir. Con esto se puede definir la exclusión social como dejar por fuera a un individuo del juego social sin poder participar en el mismo. Ante casos como la delincuencia, drogodependencia, el ejercicio de la prostitución y la privación de la libertad hay toda una reacción social negativa, que es, como lo define Gil (2002), un proceso de interacción social en el cual se recrea la diferencia desde su lado negativo provocando reacciones defensivas con efecto de violencia simbólica hacia lo extraño y todo aquello que desestabiliza la rutina social preestablecida, teniendo como resultado, en periodos de corto tiempo, la exclusión social; estas reacciones son de carácter irracional.

Los entrevistados resaltaron varias de las etiquetas que le son impuesta a nuestro colectivo sobresaliendo “junkie”, “sucio” “drogadicto”, “rata”, “desechable”, entre otros³³, Todos estos rótulos tienen un impacto en la persona a la vez que una serie de implicaciones sociales. En el ámbito social estas sirven para desaprobando el estilo de vida de la persona, considerarla como inferior o menos, justificando el hecho de no poder pertenecer a la sociedad pues es un desviado al no cumplir con las normas y un problema sanitario y/o un peligro. El estigma conlleva a la perpetuación de las prácticas o dinámicas de la calle dejando sin posibilidades a las personas, por lo tanto, es un indicio para la transformación social, en donde se logre constituir un apoyo real para las personas en esta situación partiendo de la comprensión.

En cuanto al nivel subjetivo de las personas estigmatizadas, es decir, su propia experiencia y construcción tanto del mundo como de sí mismo, pasa por distintos procesos. Uno de ellos es el tener que confrontarse entre sentirse normales creyendo que merecen las mismas oportunidades para iniciarse en alguna actividad, frente a no ser aceptados por los otros quienes no están dispuestos a mantener un contacto con igualdad de condiciones. Este encuentro – el sentirse normal y no ser aceptado- lleva a que el individuo esté especialmente alerta sobre las pautas sociales

³³ Cada una de estas etiquetas está circunscrita a un contexto determinado teniendo un impacto mayor o menor en la exclusión, no obstante, todas cumplen la función de menospreciar al otro, considerarlo inferior y justificar su marginación.

acordadas, aceptando que no encaja y no es como debería ser. Se produce en el sujeto el sentimiento de vergüenza.

En el libro de El Principito se ilustra bastante bien esta situación en el mundo del bebedor cuando el principito le pregunta al bebedor por qué lo hace siendo su respuesta que bebe para olvidar que bebe por la vergüenza que siente de beber (Saint – Exupéry, 1971).

Es aquí cuando el sujeto sucumbe ante las presiones sociales en donde ha de ser diferente y no encajar llevándolo a la marginación e incluso al rechazo hacia sí mismo. Comienza el proceso de aislamiento convirtiéndose en una persona desconfiada, depresiva, hostil, ansiosa y aturdida con la constante inseguridad del rechazo que pueda sufrir. El encuentro entre estigmatizados y no estigmatizados implica enfrentarse a las causas y los efectos de los estigmas (Goffman, 2010).

La relación entre la construcción social del estigma y el impacto en la subjetividad del sujeto es lo que Goffman (2010) plantea como la identidad social de la persona, la cual está compuesta de la identidad virtual y la real. La primera hace referencia a las caracterizaciones que hace una población sobre los individuos, es decir, el proceso de etiquetamiento que corresponde a una forma de comportamiento. La segunda, es como se ve y se define el sujeto a sí mismo, es lo que cree ser. Es por esto que el confrontarse a una etiqueta es a la vez una confrontación consigo mismo, su situación, lo que dicen quién es y lo que siente sobre quién es.

Ante este juego dual se produce en la persona sentimientos de ser diferentes por el estigma, se sienten solos en el mundo y no aceptados. Esto se puede ilustrar en dos ejemplos, por un lado, la entrevistada del IDIPRON hace alusión a la gran soledad que supone estar en la calle lo que conlleva al juego de poder de buscarse el respeto de los otros por el miedo que siente en su contexto. Por otro lado, la entrevistada en gestión de Bizkaisida, afirma que la falta de vinculación y la auténtica soledad que supone estar en la calle son factores que potencian la inestabilidad mental de las personas. ¿Qué señalan estos ejemplos? Que la etiqueta que les es impuesta al consumidor de SPA y al habitante de calle lleva a la pérdida de todo tipo de vínculos, a quedar realmente aparte de la sociedad, y este rechazo impacta la salud mental de las personas alimentando sentimientos de abandono, miedo, frustración y soledad. Pasar años con el dolor de sentirse invisibles para los demás, casi que la no existencia, desequilibra al sujeto, complejiza su situación y se vuelve cada vez más difícil tener esperanza de que algo puede cambiar, pues el rechazo no solo es de la sociedad, sino que el sujeto comienza a negarse a sí mismo, a anularse y agredirse cuando se siente

culpable de su situación, se cree que es lo que la sociedad dice sobre quién es, careciendo de sentido todo lo que diga, piense o haga pues sigue estando en el margen.

Dentro de esta dualidad, surgen en las comunidades pequeños grupos de personas que comparten situaciones similares, bien sea por una persona que ha vivenciado la misma situación o por su alta sensibilidad social. Los grupos hacen parte de organizaciones o instituciones más grandes, como por ejemplo el centro de día de baja exigencia, los hogares de paso de la SDIS, y en general todos los recursos que he descrito. Estos espacios permiten que el sujeto se sienta parte de un grupo, aprenda un nuevo trato ante aquellos que considera como sus iguales, y tenga la posibilidad de establecer relaciones con algunos de sus miembros.

Los entrevistados de Bilbao ven sus recursos de baja exigencia como el primer paso para la inclusión pues se ha de aprender a convivir con más personas, a utilizar los protocolos básicos de socialización como lo es saludar, despedirse, agradecer, etc., aprender a esperar dejando de lado la inmediatez que vivencian en las calles por la sustancia que consumen. Es un espacio de socialización y convivencia.

Estos espacios entienden que la equidad requiere del aseguramiento de servicios elementales como alimentación, salud, vivienda y trabajo, exigiendo a un nivel institucional público un equilibrio entre Estado, mercado y comunidad (Gil, 2002). El trabajo psicosocial que se realiza en estos lugares parte de ver al sujeto como es, sin la etiqueta que le han impuesto, lo que lleva a acompañar el proceso de inclusión que desee hacer la persona, es decir, no todos llegarán a dejar por completo las SPA, tener un trabajo estable y consolidar una familia, hay sujetos que quizá solo desean dejar un tipo de sustancia, por ejemplo. Por esto es que los tres actores- personas, comunidades e instituciones públicas- están vinculados al fenómeno y su participación incide desde las construcciones que hace el sujeto de sí mismo hasta la sociedad que se pretende cimentar y las instituciones como agentes garantes de derechos.

¿Por qué se hace mención a la identidad? Bien lo expresa Goffman (2010) en la siguiente cita:

“...entre sus iguales, el individuo estigmatizado puede utilizar su desventaja como base para organizar su vida, pero para lograrlo deberá resignarse a vivir en un mundo incompleto. En el podrá exponer en toda su plenitud el triste relato que da cuenta de la posición del estigma.” (Goffman, 2010)

Es decir, la persona asume el estigma como si esa fuese su vida logrando a partir de este tener un lugar en el mundo. Hay dos dinámicas que emergen dentro de los grupos que va más allá de relacionarse y que consolidan la creencia del estigma como la base del autoconocimiento, es decir, solo en el estigma se puede construir la identidad. La primera es cuando un sujeto destaca del grupo y hace de la etiqueta una “carrera profesional”; como consecuencia la persona deja de representar realmente al grupo, aunque dependa de este para la posición privilegiada que tiene. Además, el depender del estigma solo posibilita la reproducción del mismo para poder seguir realizando su labor.

La segunda es la construcción de sesgos para la sociedad sobre la situación real del colectivo en donde el grupo consolida un acuerdo tácito sobre la importancia del estigma y la necesidad de tener la atención de la sociedad, esto conlleva a maximizar las vivencias y las necesidades.

En ambos casos el grupo reafirma la pertenencia al grupo cuando se siente cada vez más identificado con la etiqueta, es allí donde encuentra su motivación, su causa, aquello que lo impulsa a hacer cosas, además de sentirse acogido y que ha encontrado un lugar. Si la persona llega a salirse de esta dinámica o asume una postura diferente – irónicamente- queda excluido del grupo, pues no se acoge a las “normas” de pertenecer a este.

Lo anterior deja varias inquietudes ¿cómo sería el apoyo que necesita la persona para no vivir bajo la sombra del estigma? ¿cómo re-encontrar la identidad del sujeto sin la etiqueta? ¿qué tienen que hacer los recursos y servicios para no fomentar ni reproducir este tipo de prácticas?

Hasta este punto tenemos varios aspectos claves interrelacionados sobre el estigma: 1- los actores principales del fenómeno son los sujetos, la sociedad y los diferentes tipos de organizaciones; 2- al ser las personas sujetos sociales no se puede negar la intrínseca relación entre la construcción individual y la construcción social de la identidad; 3- el ámbito social va a definir los distintos estilos de vida, así como las normas que pertenecen a cada uno sobresaliendo un estilo e instaurándose como el estándar, lo que tiene implicaciones en el pertenecer o no a la sociedad; y 4- para las personas que han recibido una etiqueta, en este caso las diferentes etiquetas para los consumidores de SPA y habitantes de la calle, se han organizado una serie de espacios que tienen detrás de sí la paradoja de exclusión-inclusión.

Ante la paradoja exclusión-inclusión, subyace toda una discusión que aquí no voy a desarrollar, pero es importante mencionarla, y es la ironía que hay entre espacios apartados para que la gente se pueda volver a integrar a la sociedad, a la vez que hay una mayor demarcación de

la etiqueta al desarrollar un sentido de pertenencia a la institución. Esto implica tener que identificarse con algo específico y rechazado por la sociedad estando aun por fuera de esta para intentar ingresar nuevamente a las dinámicas y procesos sociales ajustándose a la vida estandarizada como “único camino” para volver a pertenecer a la sociedad.

Respecto a la construcción de identidad hay que recordar que existe todo un conjunto de elementos que intervienen en esta elaboración. Primero hay que tener en cuenta la historia del sujeto, aquel proceso de vida en donde sus experiencias van forjando el significado que tienen sus acciones, en este caso el significado del consumo de SPA, el habitar la calle, y, en general, su situación actual. Aquí es donde emerge parte del trabajo psicosocial, comprender al sujeto y sus necesidades. Asimismo, se ha de entender que entre más longeva sea la permanencia de la persona en este estilo de vida más se complejiza el proceso de re-significación y hasta de deconstrucción de la imagen que se ha hecho sobre sí mismo, para poner un ejemplo, el cambio de creencia en una persona que se ha definido como “junkie” a ser un sujeto consumidor.

En segundo lugar, la intervención solo está completa si se trabaja el ámbito social. Una parte de este se encuentran en la deconstrucción de los estigmas y estereotipos forjados en la sociedad y dirigidos a esta población, como argumenté con anterioridad. La otra parte se encuentra en los recursos, particularmente en su modelo de atención e intervención, aquellos aspectos que privilegian para abordar a los sujetos, que si bien hay una serie de directrices y documentos públicos que buscan orientar el servicio, se evidencia que en la praxis puede no haber entendimiento entre las instituciones, falta de comunicación entre los profesionales, lentitud en el sistema por cuestiones burocráticas que impiden una atención pertinente para el momento del sujeto, cupos insuficientes para abordar la totalidad de la población, programas muy rígidos o demasiado exigentes para las personas, entre otras barreras que puede presentar la atención en ambos contextos.

Es decir, el ámbito social es también un trabajo institucional que parte de la lectura del fenómeno, entender el contexto, las necesidades y demandas de la población, para luego ir consolidando los programas de los recursos y los servicios más ideales para brindar la atención, hasta llegar a la consolidación de planes, proyectos, políticas públicas y rutas de atención por parte de las administraciones públicas. Menciono en primera instancia a las personas en esta situación ya que a partir de la observación e investigación del fenómeno se pueden pensar las estrategias más adecuadas tanto para intervenir en este, como prevenir que más personas terminen en situaciones

similares. De hecho, en ambos contextos sobresalen las iniciativas privadas sin ánimo de lucro como las pioneras en la consolidación de los recursos y servicios.

Además, el ámbito social e institucional permite evidenciar la coherencia y correspondencia entre las acciones cotidianas de los recursos respecto a los planteamientos de las instituciones públicas, en donde se puede evidenciar que hay lecturas muy ambiciosas de la intervención del fenómeno en el sentido que las relaciones inter-institucionales son plasmadas como sencillas e incluso como si ya estuvieran formadas, cuando en realidad no se ha consolidado. Aquí, he de resaltar, que existe una diferencia contextual muy grande entre las ciudades, por lo tanto, más adelante desarrollaré con mayor profundidad este argumento.

Continuando con el ámbito social, hay que resaltar que las acciones de las instituciones direccionadas a la población eje se basan en el concepto que tengan de los sujetos, es decir a la lectura global que tienen del colectivo, como bien lo plantea Rangel (2005), existen tres tipos de percepciones y su correspondiente reacción, la primera es catalogar a las personas como un enemigo político siendo considerado el consumo como un acto de rebeldía y por ende, su penalización es la cárcel; la segunda, es la asociación del colectivo a zonas marginales que conlleva a la construcción de una imagen de desviado y peligroso para la seguridad pública siendo la acción coherente la re-educación y la recuperación social; y, por último, se concibe al sujeto como “traficante-delincuente” o “usuario-enfermo”, en el primer caso la respuesta es la penalización, y en el segundo el tratamiento.

En ambos contextos el estigma es constructor de la exclusión social, la diferencia radica en la concepción del sujeto. En el caso de la ciudad de Bilbao ha pasado de ser el sujeto rebelde, ya que el consumo de heroína era visto como un acto de protesta, a ser concebido como “usuario-enfermo”, una persona que decidió el consumo de SPA más no la adicción y todas las consecuencias que acarrea. Esto ha hecho que se construyan recursos desde la comprensión de la situación actual del sujeto con distintos niveles de atención que parte desde la cobertura de necesidades básicas, el consumir de manera más higiénica, dejar solo de consumir ciertas sustancias, hasta dejarlas completamente y tener una vida “normalizada o estandarizada” – trabajo, vivienda fija, acceso a ocio, cultural, recreación, deporte, tener pareja estable, etc. -, todo bajo la demanda que realice el usuario.

En el caso de Bogotá, a través de su historia, se ha visto la concentración de esta población en lugares específicos de la ciudad que terminan siendo marginados y estigmatizados por su

peligrosidad, por ser acompañados de acciones como la limpieza social, como lo fue durante tanto tiempo el caso de el Cartucho y el Bronx, así como el surgimiento de mafias, entre otros. Ante este tipo de situaciones las administraciones públicas resaltan la importancia de la recuperación del espacio público como primera medida de intervención, pues de esta manera se busca volver los espacios seguros para la ciudadanía. Lograr cumplir este plan requiere de la consolidación de programas de atención social dirigidos al colectivo, pero estos solo son una medida colateral para lograr desalojar el espacio y hacer la construcción que desean.

Lo anterior demuestra que el concepto del sujeto en situación de habitabilidad de calle es de “desviado y/o peligroso” pensándose la atención desde procesos de re-educación. Por ejemplo, tanto la SDIS como el IDIPRON cuentan con transportes propios en los cuales recogen a la persona y la dejan en sus recursos y al finalizar la jornada, si no deciden participar de pernocta, se les devuelve en el mismo bus al lugar donde se recogió. ¿A qué se parece a las rutas escolares?

Esta diferencia se debe al contexto y origen del fenómeno. En la primera ciudad fue la población joven la que protestó y hoy en día los que mantienen un consumo son los sobrevivientes de la época, de la heroína, del VIH sida y otro tipo de enfermedades infectocontagiosas, lo cual indica que la población es ya de edad media adulta. Mientras que en la ciudad de Bogotá el inicio de consumo se da en la infancia, a edades muy tempranas, en contextos donde el acceso a los derechos básicos- educación, alimentación, salud, vivienda digna, etc., - se ven restringidos, así el grueso de la población son personas jóvenes con carencia de procesos escolares, debilidad en la red familiar, entre otros.

Frente a esta diferencia construida desde el estigma, el contexto y el origen del fenómeno es desde donde se piensa la atención y las intervenciones más pertinentes hacia el colectivo abriendo el espacio a varios interrogantes ¿qué implicaciones tienen en el colectivo las acciones de las instituciones? ¿tienen coherencia con los planteamientos institucionales? ¿qué elementos se podrían mejorar? Esto hace parte de la continuidad institucional, de su coordinación y coherencia para garantizar la convivencia ciudadana, la inclusión y los derechos.

A continuación, explicaré detalladamente en el contexto de la ciudad de Bilbao la relación que hay entre la visión del sujeto como “usuario/enfermo” con los recursos existentes resaltando dos programas específicos e interdisciplinarios del espacio sociosanitario que dilucidan esta relación, e incluso el vínculo entre las instituciones y los usuarios. Luego de esto, con la misma minuciosidad, doy cuenta del contexto de la ciudad de Bogotá donde se ve al sujeto como

“desviado/peligroso” acarreado una serie de consecuencia en cómo se lleva a cabo la atención; para esto tengo en cuenta la relación entre la recuperación del espacio público y los servicios de atención, así como lo propuesto por la política pública del fenómeno de habitabilidad en calle.

Cuando me ven como “Usuario – Enfermo”

El caso de la visión de la persona consumidora como usuario supone poner al sujeto como centro de la atención, en donde la prioridad es la cobertura de sus demandas y necesidades encaminadas a la inclusión social y alcanzar la mayor autonomía posible. Para esto los recursos se ajustan al usuario en pro de su bienestar brindando una atención individualizada y flexible, que parte de la comprensión del consumo y no de la penalización teniendo en cuenta que los ritmos del proceso van a ser pautados por la persona. Así se han originado recursos desde la reducción de riesgos y daños hasta comunidades terapéuticas con el fin de brindar alternativas a la persona partiendo de su momento actual, y respetando que es esta quién decide hasta dónde quiere llegar en su proceso.

Dos ejemplos que permiten ilustrar la coordinación, coherencia y adaptación de los recursos son: 1- la metodología de la construcción del caso en red; y 2- el programa de atención psiquiátrica en calle. Son programas relativamente recientes (de 3 a 5 años) que emanan de las evaluaciones que han hecho los recursos sobre su quehacer cuestionándose las razones por las que aún hay personas fuera de la red asistencial, se preguntan por qué desisten o interrumpen sus procesos y cómo lograr realmente aquellos objetivos trazados en las leyes, las estrategias y programas, siendo realmente la base la construcción de convivencia ciudadana.

Iniciando por la construcción del caso en red, la profesional en gestión de Bizkaisida la define como una metodología que alivia a los profesionales y organiza la red consiguiendo un planteamiento coordinado del caso, para esto se reúnen, con permiso del usuario, los distintos profesionales que trabajan con él como la responsable de diputación, el educador de calle, la psiquiatra, el psicólogo, entre otros, y ya con un trabajo previamente hecho conversan sobre aquellas cosas que le convienen y permiten avanzar al usuario en el momento actual de su proceso (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

La razón de uso de esta metodología es expresada por el entrevistado de Hasiera:

“Lo que veíamos en los otros servicios que trabajábamos y en que todo es lo que producía era más una segregación o más bien que la red se basaba en la derivación de los casos que

produce personas a la deriva. Los profesionales de servicios nunca hablaban entre ellos solo en casos de urgencia para mandarse mails o conversaciones telefónicas, pensamos que había que engrasar un poco las redes de atención lo que nos permitía centrarnos en la singularidad de cada caso.” (H, Huizi, comunicación persona, 23 de marzo de 2017)

Un autor reconocido en el tema es José Ramón Ubieto (2009), quien afirma que el caso en red permite atender de forma acertada y oportuna las necesidades reales de las personas. Para ello hay que comprender que todo caso cuenta con dos tiempos que son el diacrónico y el sincrónico; el primero hace referencia a los datos del sujeto, de su familia y las actuaciones que se han realizado, este es el más utilizado por las instituciones; el segundo, es la lógica del caso, es decir, las hipótesis interpretativas del fenómeno y posiciones subjetivas que dan cuenta de la particularidad del sujeto.

Los casos requieren ser pensados mediante la conversación, el análisis y la discusión entre los distintos profesionales para construirlos. Sin embargo, institucionalmente, frente a pensar el caso, se anteponen las urgencias convirtiéndose en la orientación del servicio. Las urgencias son crisis en las cuales se desborda la angustia del sujeto que puede venir por el no contar con recursos para asumir algo de la relación con el otro, o porque no cree tener o no encuentra un lugar en el mundo. La respuesta ante la crisis tiene un efecto en sí mismo y en el entorno por lo tanto los profesionales han de trabajar en localizar la angustia para luego encontrar la singularidad que permite resignificarla (Ubieto, 2009).

La angustia pone de manifiesto que los sujetos son sistemas caóticos organizados multidimensionalmente, inmersos en redes de comportamiento y en constante movimiento que involucra periodos de orden, desorden y auto-organización. Para comprender y ayudar al sujeto se lee en el sistema las desorganizaciones, las invenciones y el uso de sus recursos para enfrentarse a las situaciones y, así, poder anticipar los desórdenes validando a la persona como constructora de la solución. En consecuencia, uno de los objetivos básicos de esta metodología es producir de manera colectiva un nuevo saber del caso desde la interdisciplinariedad, las familias y los ciclos evolutivos que tanto orientan como posibilitan la anticipación a la desorganización (Ubieto, 2009).

¿Cómo se logra entonces pensar los casos? Lo primero es tener espacios de conversación regulares donde se expongan y se presenten escritos los planes de trabajo, esto permite organizar el caso, dilucidar las hipótesis y los vacíos de saber. Los hilos conductores de la lógica del caso

son las construcciones que cada profesional ha hecho hasta el momento de la situación del usuario más no es una totalidad, por lo tanto, es importante partir del no saber para cuestionarlo y situar en el centro de la conversación aquellas preguntas que emerjan para interpretarlas en equipo. La conversación se va escribiendo y contrastando con las hipótesis para evidenciar las repeticiones pues es en estas donde se halla la novedad. Finalmente hay que reconocer que no hay una solución correcta ni permanente en el tiempo, sino que hay vías diversas de solución que tienen fecha de expiración y son transitorias (Ubieto, 2009).

Según Ubieto (2009), la brújula del caso es la repetición, que es el saber inconsciente que tienen las personas sobre el lugar que ocupa en el deseo del otro. El reto de los profesionales es producir un nuevo conocimiento que depende de reconocer el saber del usuario dejando de lado las respuestas programadas. Ahora bien ¿cómo se analiza el caso? Hay que ver el ciclo de la persona lo que marca un límite de la intervención. Para esto se precisa de seleccionar un momento del ciclo vital que refleje el impasse inicial, la solución fallida – que en algún momento le debió haber funcionado al sujeto- y el momento de crisis que lo lleva a buscar ayuda. A continuación, se mostrará gráficamente el análisis del caso:



(Figura 1. Análisis del caso. Elaboración Propia (2018))

¿Por qué describir esta metodología en este capítulo? Pues bien, considero que refleja varias respuestas a las preguntas de investigación; Por un lado, es un gran ejemplo de los equipos interdisciplinarios, estos pueden pertenecer a un mismo recurso, o pueden ser mesas de trabajo de profesionales de diferentes recursos que comparten usuarios. En ambos casos, el equipo tiene los mismos objetivos: derechos, bienestar y calidad de vida. Así mismo, este trabajo entre profesionales, recursos, y por ende organizaciones, posibilita la construcción de un grupo de intervención en la cual se reconoce que las actuaciones en conjunto son el camino para cumplir sus

objetivos, a la vez que esto señala parte de la intención del espacio sociosanitario que es la confluencia de acciones que impiden la falta de continuidad en sus intervenciones.

Igualmente, dentro de este espacio es donde se aterriza la coordinación, un espacio de convergencia que es posible en la medida que las acciones que ejecutan los recursos y los profesionales sean flexibles, adaptables y críticas. Por último, se resalta como la base de la coordinación el diálogo, la reflexión y el trabajo en conjunto para andar un camino coherente al deseo del usuario y hacia la inclusión. Además, con estos elementos se evidencia lo que subyace a la atención, aquello que la sostiene y la orienta. Para seguir ahondando en la justificación, es importante describir brevemente el segundo ejemplo pues posibilita una mayor reflexión.

El Programa de Atención Psiquiátrica a Personas Sin Hogar del Ayuntamiento de Bilbao, en convenio con el Gobierno Vasco, unen diferentes elementos para construir una atención sociosanitaria, así sanidad – Osakidetza- tiene en el programa dos psiquiatras, una enfermera, una trabajadora social y una psicóloga – quien coordina el programa-, y el sistema social cuenta con una educadora de calle, dos trabajadores sociales del ayuntamiento y una educadora social. La meta de este equipo interdisciplinar es realizar un diagnóstico y una intervención unitaria desde el respeto y el diálogo de los distintos saber con el fin de lograr el mayor bienestar posible para las personas.

Para lograr su cometido sobresale como característica del programa la flexibilidad de los profesionales a la hora de tratar a las personas, como bien lo describe el trabajador social del Ayuntamiento:

“necesitamos que un psiquiatra vea a esta persona ¿dónde?... debajo del puente Zubizuri “ala pues venga vamos, mañana quedamos a las ocho de la mañana con el educador social, un trabajador social y vamos allí donde está la persona” y hacemos una entrevista ahí donde habitualmente duerme y charlamos un rato, no hay despacho, no hay bata blanca, no hay mesa de por medio, pero eso es lo importante ¿no? Que todos tenemos la disponibilidad de adaptarnos a las necesidades de las personas para acercarnos a ella”. (A, Azilu, comunicación personal, 4 de abril de 2017)

Además de profesionales de distintas disciplinas y la flexibilidad de atención, hay usuarios que desean avanzar por distintos procesos por lo tanto cada sistema pone en común una serie de

servicios, sanidad cuenta con camas en hospitales psiquiátricos de media y corta estancia, unidades de desintoxicación de alcoholismo u otras drogas y urgencias. El ayuntamiento pone plazas residenciales en los albergues municipales.

El servicio se piensa para aquellas personas que por cuestiones de su estilo de vida, su trastorno mental o falta de cumplimiento de requisitos institucionales- como no tener documentación- no pueden acceder a ninguna de las redes de atención porque no llegan a las consultas, no pueden cumplir con los procedimientos porque el propio trastorno impide dar estos pasos, por lo tanto, el programa se convierte en una opción para estas personas, sobre todo aquellas con patología dual para no quedar al margen y poder garantizar sus derechos (A, Azilu comunicación personal, 4 de abril de 2017).

Con estos dos ejemplos, además de ver la relevancia del trabajo interdisciplinar aterrizado en el espacio sociosanitario y las herramientas básicas para lograr la coordinación, se evidencia la flexibilidad institucional que opta por el bienestar del usuario y la construcción de la comunidad. ¿Qué es la flexibilidad institucional? Lo entiendo como la capacidad que tienen las instituciones de reconocer en su hacer que aún falta mejorar aspectos de la atención y abarcar la totalidad de la población, es su capacidad de ampliar su visión sobre los distintos estilos de vida que se pueden encontrar en una sociedad y que no por ello se ha de condenar a unos cuantos privándolos de su participación social. La flexibilidad es la adaptación de la red sanitaria y social al contexto donde los programas, recursos y servicios no se de-construyen o cambian radicalmente, sino que, por el contrario, se hacen más fuertes, consistentes y sólidos en sus paradigmas de atención avanzando de la mano con el fenómeno.

Que una institución, organización o recurso cuente con esta cualidad solo es posible cuando su hacer es sostenido en el tiempo, tanto en términos de perseverancia como de continuidad, ya que solo en el tiempo se manifiesta la incidencia que han tenido sobre el fenómeno. Asimismo, se abren espacios para reflexionar sobre aquellos elementos que en un momento dado obtuvieron unos determinados resultados incluyendo ciertas cosas y dejando otras por fuera. Es decir, la continuidad es lo que permite saber que aquello que se plantea se ejecuta, se valora y se puede mejorar alcanzando cada vez más los objetivos que se han propuesto.

También la continuidad genera presencia dentro de la comunidad- en este contexto. - ¿Y esto que tiene qué ver? Primero, posibilita visibilizar el fenómeno como un hecho actual que requiere de atención; segundo, se reconoce lo que hace pues no se ubican al margen de la sociedad,

sino por el contrario, están en los barrios incitando a la participación comunitaria, como, por ejemplo, los voluntariados. En tercera medida implica romper con las ideas o imaginarios asociados al fenómeno ya que al estar tan cerca la realidad puede ser mucho más palpable y menos “escandalosa” de lo que se creía, teniendo la comunidad como opción el observar e interactuar con esta. La presencia continua en una comunidad es una garantía de que se está trabajando en pro de los usuarios e incluso en pro de la misma comunidad, pues recordemos que es considerado un fenómeno de salud pública que afecta indirectamente a las comunidades desde el riesgo a contraer enfermedades hasta sentir miedo en las calles. Entonces los recursos en los barrios, aunque al principio tengan una percepción negativa por los vecinos, con el tiempo dan confianza y seguridad a las personas al punto que llegan a ser parte de la comunidad. El aprecio que tienen los vecinos por el recurso se debe al cambio de la forma de vivir el barrio, en el sentido que ya no están los mismos peligros que antes- como jeringuillas en las calles- y estos van a cumplir una función de mediadores comunitarios.

¿Cómo logran esto? Además de la presencia geográfica, la transparencia institucional es una clave. Una de las más comunes es proporcionar la información general a los usuarios y a la comunidad general sobre las SPA, las consecuencias del consumo en los distintos momentos de la trayectoria de vida, los recursos y programas existentes por si desean buscar ayuda y dónde se encuentran ubicados, entre otros, la información va desde la promoción hasta la prevención. También se puede encontrar en los sitios web de los recursos las memorias anuales con todo lo que hicieron, las evaluaciones, el cumplimiento de metas, el desarrollo de proyectos, estadísticas, recomendaciones etc.

Otra actividad que realizan los recursos son las jornadas de las puertas abiertas en donde las personas pueden entrar a los recursos en un día cotidiano para ver lo que hacen y cómo lo hacen rompiendo así cualquier tipo de estereotipo que se tengan hacia el colectivo y/o su labor; también participan de las actividades del barrio o realizan sus propias actividades en el sector para tener otros espacios de encuentro y socialización, espacios donde todos puedan ser considerados como iguales reconociendo al otro como un ser humano que merece el mismo trato; esto trae como consecuencia la construcción de comunidad.

Por lo tanto, la visión de la persona específicamente como usuario ha permitido la adaptación de profesionales, recursos, servicios e instituciones a los cambios del fenómeno teniendo en cuenta que cada persona maneja una singularidad siendo lógica una atención

personalizada e integral apoyada en toda una red coordinada de diversos sistemas que garantiza los derechos básicos a toda la población. Las largas trayectorias de las organizaciones han permitido conocer con mayor profundidad a la población, sus cambios y sus necesidades conllevando a la construcción de alternativas para que sea posible llevar una vida digna sin que eso implique que todos tenemos que llevar un estilo de vida predeterminado.

Ahora bien, en esta argumentación he dejado diversos obstáculos, luchas y puntos de tensión que han tenido que llevar a cabo los diversos profesionales en los procesos de construcción de esta red y del modelo de coordinación; pues no todos están sintonizados en cómo se llevan a cabo los programas y de hecho pueden no estar de acuerdo con los mismos.

Un problema inicial de coordinación se encuentra en la distribución entre las tres instituciones públicas vascas: “en este momento hay una guerra de poder y un problema de corporativismos de quién manda sobre el caso mientras respondemos eso... las personas excluidas siguen en exclusión” (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017). Esa guerra de poder también se orienta a pasarse las responsabilidades entre las administraciones sin que llegue el momento en que verdaderamente se asuma la responsabilidad pública y política del servicio (B, Beitegi, comunicación personal, 9 de marzo de 2017).

¿Por qué se dice que no se asume? Bueno al ser instituciones públicas no están exentas de las dinámicas de la política, como lo señala la entrevistada de la Fundación Gizakia (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017):

“Primero en este momento parece que solo hablamos de la cartera de servicios sociales porque es la que la ley marcó como derecho subjetivo y desde ahí se está haciendo un desarrollo que ha costado casi 10 años realmente llegar a un consenso entre los diferentes partidos políticos y administraciones y ahí se está en fase de despliegue”.

Esto implica que las administraciones carecen de un buen entendimiento entre ellas respecto a sus competencias, lo que hace que las responsabilidades se pasen de un lado al otro, pero también se hacen evidentes las voluntades políticas diversas porque cada institución puede estar liderada por un partido político distinto cuyos programas sociales pueden no coincidir. A esto se suma que cada institución cumple un papel en Euskadi, así al Gobierno Vasco le corresponde el poder legislativo, a las Diputaciones Forales les corresponde la parte ejecutiva, lo que implica que el

dinero se encuentra en estas, y los ayuntamientos reciben dinero de los impuestos municipales y otra parte es dada por el Gobierno Vasco. Esta división significa que hay un cruce de los flujos de dinero que en otras palabras son poder para hacer (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017).

Incluso dentro de esta fragmentación es relevante resaltar que el sistema sanitario es completamente público, mientras que el sistema social, a excepción de los servicios sociales de base, los servicios especializados, algunos recursos como albergues y centros de emergencia social, son provistos de entidades privadas con o sin ánimo de lucro, siendo algunas financiadas por las administraciones públicas. Los avances del espacio han intentado hacer un desarrollo en el que no se tiene en cuenta la aportación técnica de estas entidades, las cuales llevan más de 30 años ejecutando su labor, reconociendo que es responsabilidad de las administraciones públicas ser garantes de los derechos humanos de la población (G, Goikoetxea, comunicación personal, 27 de marzo de 2017). Esta fragmentación refleja elementos de la maduración de cada sistema en donde el sanitario tiene un recorrido de más tiempo y una estructura distinta; en el caso de los recursos sociales, al provenir inicialmente de las entidades con o sin ánimo de lucro han ido aprendiendo a construirse y formarse en el camino logrando lo que hay hoy en día siendo entonces el proceso de crecimiento y de desarrollo de cada sistema diferente.

En resumen, las dificultades que se han encontrado en el camino los distintos recursos tiene que ver con el poder tanto de ejecución como de financiación que compete a las administraciones públicas; también su falta de entendimiento que ha vuelto más lenta la construcción del espacio sociosanitario. La ventaja que ha tenido es que en ningún momento se ha quitado o frenado una determinada atención, con lo cual, aunque el usuario no tenga el acceso al espacio como ya debería estar desarrollado, aún tiene la opción de elegir entre diversos recursos de atención para iniciar distintos procesos teniendo la certeza que no se verá forzado por terceros a abandonar.

Igualmente hay que reconocer las iniciativas y el trabajo colaborativo de los distintos profesionales que han hecho posible esta continuidad y que muchas veces se han enfrentado a situaciones de agobio, estrés, tensión, frustración, etc., pues el camino no ha sido fácil y ha implicado todo un proceso re –educativo desde las comunidades hasta las mismas instituciones públicas para que se entienda la importancia de estos espacios.

Por último, un elemento de tensión importante es la institucionalización de los usuarios, el mantenerse en la derivación de un recurso a otro dependiente de las organizaciones y recursos. Al

comienzo de la investigación lo veía como un círculo perpetuo y sin salida, una necesidad de siempre tener que estar vinculado a un recurso el usuario si quería recibir una atención. Para subvertir este aspecto del sistema, Huizi (2017), ve la clave en la metodología de la construcción del caso en red dado que al ir avanzando la persona en su proceso va soltando aquello que no necesita tejiendo su propia red hasta llegar a un punto en que ni los profesionales ni los recursos forman parte de esta. Sin embargo, para mí sigue siendo una pregunta latente en el espacio sociosanitario ¿cómo hacer para que las personas no dependan del sistema? ¿cómo hacer para que no se queden en un bucle de recursos, procesos y derivaciones?

Cuando me ven como “Desviado- Peligroso”:

Frente a la percepción de la persona como desviada y peligrosa surge un proceso de estigmatización hacia el colectivo y sus lugares más concurridos, con lo cual se comienzan a marginar algunas zonas logrando una fragmentación y sectorización de la ciudad. Las respuestas institucionales se dirigen a la re-educación y la re-socialización, es decir, que el sujeto vuelva y aprenda qué es estar en sociedad, cuáles son las normas y por ende las conductas permitidas. Para lograr esta construcción de ciudadanía y de ciudad, en Bogotá, se parte primero de la recuperación del espacio público pues son estas las zonas que generan miedo a la población general y encierran dentro de sí todo lo “indeseado” para la sociedad – SPA, delincuencia, prostitución, tráfico de sustancias, mafias, crímenes etc.-, si se comienza a transformar estos lugares se abre el espacio para su re-significación permitiendo que emerjan distintas actividades facilitando la construcción de comunidad.

En segunda instancia se plantea re-hacer la ciudad hacia una convivencia sin miedo, con igualdad de oportunidades y de acceso a los servicios básicos. Para esto es necesario trabajar desde los distintos ámbitos y dimensiones que integran a una persona para su desarrollo, como educación, vivienda, trabajo, cultura, salud, entre otros. Bien lo plantea la política pública del fenómeno de la habitabilidad de calle que ya describimos con anterioridad.

Entonces ¿cómo se ejecutan estas acciones? Por un lado, se originan unos recursos enfocados en la pedagogía, en el proyecto de vida de las personas, en el desarrollo de habilidades y capacidades, con el objetivo que esta persona pueda retomar un estilo de vida autónomo con dignidad. Algunos de estos recursos exigen el cumplimiento de unos requisitos como lo son la permanencia de la jornada, la participación activa de los talleres, cursos y programas que se hagan, así como un compromiso con el proceso en donde cada etapa tiene un tiempo estimado de estancia.

Claro, no todos los recursos pueden exigir un tiempo mínimo, por ejemplo, recursos como hogares de paso de la SDIS o el OASIS del IDIPRON son conscientes que hay personas que no están listas para comprometerse con procesos más exigentes con lo cual pueden hacer uso de su recurso los días que lo deseen. Los profesionales saben que el hecho que la persona asista dos o tres veces a la semana son días en que no permanece en la calle, que disminuye su consumo y que algo de lo que se hace les va quedando para que decida si continuar con su estilo de vida o cambiarlo. Esto los ha llevado a encontrarse con el fenómeno de la puerta giratoria, es decir que salen y entran las personas, al cumplir cierta edad tiene que acceder a otros recursos dejando el sin sabor a la institución de no haber logrado grandes cambios después de un proceso de larga institucionalización.

Lo anterior me lleva a hablar de la siguiente singularidad que surge en el campo sobre los recursos, y es la rigidez de la institucionalidad, en el sentido que hay toda una orientación del deber ser, estar y hacer, lo que no permite que haya espacios para las emergencias genuinas de los sujetos. Por ejemplo, en el OASIS desde que llegan de la ruta las personas hasta culminar la jornada diurna- que es a las cuatro de la tarde- se tiene todo programado, los horarios de comida, de talleres, de estudio, etc., que si bien es coherente con el hecho de ser una institución basada en un modelo pedagógico brindándole a los jóvenes la opción de tener un bachillerato completo o incluso técnicos en distintas áreas, no hay un momento en el que emerja el deseo o las necesidades de la persona, su misma capacidad de decisión y en últimas un procesos autónomo. Es como si en las calles sucumbieran a las exigencias de la droga y en las instituciones solo se ponen a disposición de los profesionales ¿cuándo se asume la persona como sujeto? ¿cuándo se va a responsabilizar de sí misma?

No hay que dejar de lado el hecho que no hay un personal suficiente para brindar una atención psicosocial centrada en el sujeto ya que en un día puede haber entre 500 a 800 personas quedándose fijo el número del personal, hacer un seguimiento individual es muy complicado y aún más cuando es una población inconstante. También hay que recordar que se habla de un modelo pedagógico de atención cuyo objetivo es desarrollar competencias laborales y ciudadanas a las personas en situación vulnerable, a la vez que garantizar sus derechos para un futuro mejor. Tanto la necesidad de un mayor número de personal como las limitaciones del modelo pedagógico se evidencian en la siguiente cita de la entrevistada del IDIPRON (I, Ibañez, comunicación personal, 14 de noviembre de 2017):

“Ahora, nosotros somos un modelo pedagógico no somos comunidad terapéutica, no somos centro de atención en drogodependencias, o sea, es otro rollo digamos se hace lo que se puede desde lo que alcance un modelo pedagógico, que bueno eso tiene muchas dificultades porque no hay el personal que a veces se requiere y termina siendo una asistencia muy básica como ya de sentarse a darle cartilla al chino ... claro hay muchos chinos que terminan el colegio, pero yo si veo que esas formalidades son importantes para acceder a cosas pero no son lo único y ahí se queda corto el modelo en la medida que nosotros no estamos dando respuesta a las necesidades reales de los chicos, me refiero a que ellos han pasado por unas situaciones muy tenaces y necesitan sanar, necesitan hacer un proceso como de duelo ... ver cómo resuelven esa vaina y nosotros no hay manera ... es un equipo ... es 1 persona en psicosocial por cada 120 chinos ¿ a qué horas me siento con ellos uno a uno a hacer un proceso terapéutico, de escucha activa, de resolver cosas? Es muy difícil, o sea a veces se dan cosas interesantes porque un chino se encuentra con otro y entre ellos pasan cosas bonitas o algún profe conecta re bien con un chino y pasan cosas, y hay magia.”

Si recordamos que la PP habla de una atención integral, intersectorial, transectorial y simultánea para garantizar los derechos de la población, la situación planteada por la entrevistada deriva en el siguiente interrogante ¿Dónde queda la atención integral que abarca las múltiples dimensiones de los sujetos? No es un cuestionamiento específico para este recurso, sino en general para todo el campo, pues no se hacen evidentes los planteamientos de la PP, existe un desfase entre lo propuesto y la realidad cotidiana de los recursos. Incluso cuando indagué por el trabajo en conjunto entre las diferentes Secretarías Distritales, encontré que “no hay que pisarse la manguera”, es decir, cada quien trabaja lo suyo y lo que le corresponde, así la comunidad terapéutica no se encarga del ámbito social de la persona sino solo de dejar la adicción, la SDIS no abarca lo pedagógico dentro de sus recursos porque eso es competencia de la secretaría de educación, entonces lo que termina ocurriendo es que se hace lo que se puede con lo que se tiene, quedando la atención en la cobertura de elementos básicos.

La carga hacia el profesional es mucho más grande, de hecho, mucho de lo que hace por las personas está motivado por la profesión, por el amor a su labor y por eso busca hasta dentro de sus

propios contactos para que a las personas se les atienda ante urgencias o crisis o situaciones que en verdad se salen de las manos tanto del recurso como del mismo profesional. De alguna u otra forma entre los profesionales buscan tejer la red y el apoyo, aunque sean conscientes que ese no es el deber ser, ha de existir una ruta, una coordinación, un diálogo o algo que les genere puentes entre secretarías para aliviar las cargas altas de los profesionales y apoyar realmente el proceso de los usuarios cumpliendo con lo establecido por la PP.

Esta institucionalización de la persona resuena en dos elementos ya dichos sobre el estigma; 1- la construcción de la identidad a partir del estigma que lleva incluso a la justificación de la propia situación y, hasta cierto punto, es la excusa para zafarse de la responsabilidad de hacerse cargo de sí mismo; y 2- la construcción de grupos que necesitan mantenerse al margen para ser. ¿Por qué se generan los bucles o las puertas giratorias? Considero que es por estas dos premisas, aun no hay una ruptura real con el fenómeno sino una reproducción de sus prácticas en distintas escalas teniendo un papel en estas las instituciones públicas.

La apropiación del espacio público no ha hecho otra cosa que la construcción de nuevos nichos en los cuales se mantienen y reproducen las prácticas anteriores. También ha ocurrido que no hay una continuidad de los proyectos sociales, por el contrario, es usual que con cada alcaldía se cambien los programas, así, por ejemplo, los CAMAD se iniciaron en la alcaldía del año 2012, llegó el alcalde de turno en el 2016 y los acabo ese año. En esta alcaldía que va del 2016 hasta el 2020 se inició con un programa enmarcado en reducción de riesgos y daños ante sustancias inyectables tales como la heroína- que está empezando a incrementar sus cifras en los consumidores bogotanos- y a finales del 2017 se cerró el programa por los altos costos que implicó y los “pocos” usuarios que tenía³⁴, ¿qué pasó con aquellos usuarios que asistían a esos programas?

La falta de continuidad es símil de incertidumbre, de inseguridad y de desinformación, al punto que seguramente gran parte de la población general no sabe que existen estas iniciativas o que se terminan, cambia tanto el panorama institucional en su actuar que ya ni se sabe qué es lo que hay. Detrás de esto subyace la transparencia institucional, ilustrado con un ejemplo anecdótico en el que me encontré en el proceso investigativo tres páginas web diferentes de la Secretaría

³⁴ Investigación socióloga Valeria Amador de la línea de investigación: Construcciones Socioculturales de Salud y Enfermedad en el área de Salud y Conocimientos Médicos. Su investigación es respecto al consumo de heroína en la ciudad de Bogotá. Se basa en la realización de una cartografía social y entrevistas para comprender las dinámicas de los consumidores de esta sustancia, los programas que existen desde la alcaldía para atender a esta población y comprender este fenómeno en expansión.

Distrital de Integración Social, cada una respondía a una alcaldía diferente ¿cómo puedo dar cuenta de la continuidad de las acciones, saber qué es lo que se ha hecho, qué cosas han cambiado y por qué lo han hecho, si no hay acceso a toda la información?

Al carecer de transparencia en las acciones institucionales, la desinformación que genera solo refuerza los estereotipos y estigmas socialmente construidos tanto de las personas que habitan la calle como lugares específicos de la ciudad llevando a que solo sean evitados, tampoco se puede conocer la realidad de estas personas, que al tener fuerza el estigma, siguen siendo rechazados, marginalizados e invisibilizados, con lo cual no se les reconoce la dignidad al ser desconocidos por la ciudadanía. Si bien el discurso institucional está dirigido a la re-dignificación y garantía de sus derechos, acciones como la desinformación, el cambio constante de programas de atención, la falta de personal para abordar a la población como se lo han propuesto, entre otras acciones, solo demuestran la falta de transparencia, su falta de garantías y una falta de coherencia entre lo que se dice que se hace con lo que se hace.

En conclusión, ver al sujeto como delincuente y peligroso lleva a que las medidas sean de re-socialización, de penalización y también a que se constituya la institucionalidad como el camino de re-educación de los sujetos, pero esto solo lleva a que se vuelvan dependientes de la institución para asimilar su vida, aunque claramente las intenciones de los recursos y los profesionales son buenas, esto deriva en la manutención de los grupos y servicios marginados reforzando la exclusión social, la situación actual del sujeto. De nada sirve cubrirles los servicios básicos a las personas si no se va a trabajar el real trasfondo de su situación.

A modo de conclusión global – de las dos visiones de sujeto aquí planteadas- la construcción que se hace de los usuarios tiene múltiples implicaciones en la manera en que se van a ir estructurar los recursos y la atención hacia el colectivo, siendo más pertinentes para el contexto sociocultural algunos modelos. Ambas ciudades en sus propuestas, dinámicas y trayectorias han enfrentado distintas barreras que han buscado solventar, sin embargo, hay un proceso de institucionalización de las personas que no deja avanzar en la forma deseada hacia la inclusión social y alcanzar la autonomía de las personas. Tendencialmente se cae en un bucle de dependencia en las ayudas de las administraciones públicas cambiando el sujeto cada tiempo de recurso sin una

salida real de su situación. Esta afirmación no es generalizable a “siempre sucede esto”, ya que sería desmeritar la ardua labor de los profesionales, recursos y los sujetos que han logrado superar la exclusión social, pero sí es un elemento a pensar críticamente ¿cómo superar el sistema de derivación y los largos procesos institucionales que no muestran un cambio en el bienestar del sujeto?

Capítulo 3.1 ¿Entonces qué se puede decir de esta tesis?

El presente capítulo tiene por objeto dar cierre a la investigación. Pese a que es el último he decidido ponerle una nomenclatura especial porque es una continuidad con el anterior, las reflexiones van a mantener presente los tres temas transversales: la inclusión social, la construcción de la convivencia ciudadana y la continuidad institucional. Sin embargo, no está completamente ligado al capítulo tres porque voy a puntualizar varios temas, primero le daré el lugar que corresponde a la patología dual como eje y epicentro de la investigación; seguido de esto responderé a las dos preguntas iniciales que son ¿cómo se le está dando cobertura a las necesidades de los usuarios del espacio sociosanitario que presentan patología dual y se encuentran en situación de exclusión social? Y ¿qué elementos del espacio sociosanitario vasco dirigido a las personas con patología dual y en situación de exclusión social puede ayudar a pensarse la atención a este colectivo en Bogotá?

En un tercer momento abordaré brevemente el tema emergente del género manifiesto en ambos contextos y que es importante para brindar una atención de carácter diferencial y equitativo, así como es un tema transversal para lograr la inclusión social y la igualdad de oportunidades. Luego, finalizaré con la exposición de los límites y alcances de la investigación.

¿Dónde queda la patología dual en este panorama?

Retomemos brevemente el panorama para situarnos. A modo de generalidad nos encontramos frente a unas sociedades que genera rótulos para encasillar a las personas, los cuales determinan si se está incluido o excluido de estas. A su vez, los rótulos para los que se van quedando al margen se cargan de connotaciones negativas, despectivas, y de peligrosidad donde quien las recibe las comienza a interioriza y a asumir como si eso fuera. Es decir, la construcción de la identidad de un sujeto está influenciado por el ámbito social. Ante esto no hay que olvidar que cada quien traen consigo una historia, una serie de experiencias y de significados hacia sus acciones, como el consumo de SPA, así como la trayectoria en esta situación ha sido diferente, con lo cual no se puede homogenizar a la población ni sus necesidades.

Los recursos hacen parte de esta dinámica social, en cuanto a que son los intermediarios entre las personas y las administraciones públicas. También son aquellos que se encargan de estar realizando una permanente lectura e investigación de la situación real de los usuarios, procurando

facilitar herramientas para mejorar los modelos de intervención y consolidar proyectos, programas, políticas y leyes, entre otros.

Ahora bien, la patología dual es mencionada de una u otra forma por cada uno de los contextos, pero en ambos carece de una voz propia y fuerte ante la construcción institucional. Es un hecho que la patología dual es una afección que requiere de la simultaneidad del sistema social y el sanitario en donde un primer paso es brindarle un espacio al sujeto para estar fuera de la calle, un sitio en el que pueda reflexionar sobre sí mismo y la vida en general recordándole su dignidad, pues al reconocerla en sí mismo la puede expresar en su entorno.

Por ejemplo, ante los estereotipos, hay una distinción entre ser un “junkie” o un “desechable” a ser una persona consumidora de SPA, cuando el sujeto comprende y asimila esta distinción se le da un lugar en el mundo que le permite verse a sí mismo más allá de una etiqueta socialmente impuesta. Este es uno de los primeros pasos para que el sujeto se cuestione quién es, qué es lo que desea, qué está haciendo, por qué lo hace y para qué lo hace, es decir, se le da la opción de observar y reflexionar sobre su realidad, conocer su situación mental y saber qué cambiaría al estabilizarla. Quienes han de encargarse de esto son los equipos interdisciplinarios de los recursos dado que son quienes hacen un acompañamiento a las personas y su situación, que demanda una alta intensidad de apoyo.

Es una labor complicada porque tiene muchos ejes transversales como los ciclos de los usuarios, es desgastante para el profesional porque ve una y otra vez lo mismo en el usuario, o incluso en las crisis de larga duración se ve como paulatinamente pierden los apoyos sin poder hacer nada más que acompañarlos en el proceso. Pero, además de la dificultad en sí de esta situación, cada modelo de atención va a facilitar o complejizar este proceso según sea su rigidez o flexibilidad, su concepción de salud mental y el lugar que se le otorga en el proceso de inclusión social.

Retomando el concientizar al usuario, no es tan fácil como lo escribo, de hecho, hasta parece idealizado como si la persona al escuchar la necesidad de una estabilización mental simplemente fuera a aceptarla de manera coherente y racional. Este proceso es complejo porque las personas tienen toda una historia detrás de sí que les puede generar bloqueos o barreras para su vida, no han resultado situaciones traumáticas o no han cerrado ciclos para poder avanzar, hay que sumarle la estigmatización social hacia la enfermedad mental y todas las implicaciones sociales que acarrea,

además del poco desarrollo de control y expresión de emociones, es decir, la inmadurez emocional que pueden llegar a tener, entre otras razones que hacen su situación más compleja.

Contextualmente se ha de tener en cuenta la edad, el momento del ciclo vital en el cual se encuentra la persona, la sustancia que consume, así como la frecuencia y la forma en que la usa, la evolución de la enfermedad mental, el significado que le otorga al consumo, etc., comprendiendo que esto va acompañado de un deterioro de las condiciones físicas, las habilidades cognitivas, las relaciones sociales, entre otros.

Esto es muy importante dado que los recursos y las instituciones deben moderar sus exigencias hacia el colectivo para estar incluidos socialmente, debido a que muchos no llegaron a tener una vida con la misma autonomía de una persona que no ha pasado por esta situación, por lo tanto, el objetivo y las exigencias deben adecuarse a la situación de la persona, y buscar, dentro de las posibilidades del sujeto, su mayor autonomía. Por consiguiente, los servicios que se prestan deben ser diversos, como los que han logrado construir en la ciudad de Bilbao que van desde pisos –apartamentos- de inserción, empresas de inclusión social cuyos trabajadores son personas que han pasado ya por todo un proceso de inclusión, programas de reducción de riesgos y daños o de baja hasta alta intensidad, atención en calle, comunidad terapéutica, entre otros que ya fui mencionando y desarrollando a lo largo del documento.

Con esto ¿a qué me refiero? que las instituciones deben garantizar oportunidades y posibilidades a todos respetando la libertad, el libre albedrío y reconociendo la pluralidad de estilos de vida, que sus respuestas deben ser coherentes y pertinentes a las vivencias cotidianas de las personas, como bien se afirma en la ciudad de Bogotá habitar la calle no es ningún delito, no porque el sujeto haya decidido este estilo de vida se le ha de arrebatar los derechos. Y si bien este es un colectivo que demanda en exceso a los profesionales y los agota, que su situación puede ser repetitiva y cada vez más difícil, la solución no está en institucionalizarlos para mantenerlos al margen. Hay que inventar con el sujeto las posibilidades de construir su propia vida con el apoyo que necesite para seguir andando.

Entonces la diversidad de recursos es coherente con la multiplicidad de realidades respondiendo de igual manera a estas. Es también una maduración del modelo en donde ya no se pretende que todos los ciudadanos vivan de una misma forma, sino que cada quien con su decisión de vida tenga dignidad, bienestar y calidad de vida. Lograr esto, sobre todo a nivel de instituciones públicas, es un gran avance que hay que atribuirlo a los recursos y a los profesionales, la voz de

los excluidos, ellos que con su constancia y continuidad han logrado llevar estas reflexiones al ámbito público, han hecho visible el fenómeno, su importancia, el impacto que genera en la población y las distintas formas en que puede ser abordado.

Lo anterior conlleva a considerar a la inclusión social de una forma más humilde y real, no es una vida “estandarizada”, la inclusión es que la persona se sienta que hace parte de algo, es tener la posibilidad de elegir respecto a su vida, poder convivir con aquel otro que es distinto teniendo en cuenta los códigos mínimos de socialización, poder tener cubiertas sus necesidades básicas gozando de buena salud, tanto física como mental dentro de las posibilidades existentes.

¿Qué implica esto? Que la única manera en que es posible que se desarrollen y se cumplan las propuestas de las administraciones es con la participación de todos reconociendo que es un fenómeno que nos compete a todos desde brindarle un espacio a la comunidad a los proyectos, reconocer la humanidad que hay en cada uno de los seres humanos y ser una posibilidad para alguien en algún futuro. Y todos hace referencia a: la comunidad, las familias, los usuarios, los recursos y las administraciones públicas. El caso de Bilbao da cuenta de cómo los recursos no se han esperado al ritmo de las administraciones públicas, sino que por el contrario fueron ellos los de la iniciativa de atender a este colectivo, supieron que la única forma para lograr cumplir sus objetivos era trabajar mancomunadamente, tanto en los equipos interdisciplinarios de cada recurso como entre equipos, entre recursos, pensarse conjuntamente, apoyarse, básicamente construir una red.

Entonces ¿cómo se atiende a la población que se encuentra en situación de exclusión social y presenta patología dual dentro del espacio sociosanitario vasco? En resumen, se atiende desde un modelo de coordinación cuyo fin es garantizar la cobertura de las necesidades de este colectivo, para esto se reconoce que cada usuario tiene su propio ritmo y han de ser respetados sus tiempos pues esto es el nivel de compromiso que va a ir adquiriendo con el proceso. Los recursos siempre buscan que la persona alcance la mayor autonomía posible contando con el apoyo de los recursos y los profesionales que en su momento requiera. Siguen existiendo obstáculos y barreras de acceso que poco a poco se han superado con la creación de nuevos servicios y distintas metodologías de intervención que se ajustan a la realidad de las personas.

¿Qué reflexiones puede aportar el modelo vasco al contexto bogotano? Hay que resaltar tres elementos del contexto de Bogotá que salieron tanto de las descripciones como de las reflexiones realizadas previamente: 1 – dentro de varios de los recursos descritos resaltan aspectos

de la reducción de riesgos y daños, aunque no se le denomine de esta forma, además de los distintos modelos de atención; 2- hay una política pública cuya función es que el fenómeno de la habitabilidad en calle sea parte de la agenda de las administraciones públicas, sin embargo, cada gobernante tiene la potestad de elegir como ejecutarla- abriendo o cerrando recursos y servicios- mientras se cumpla con el objetivo planteado; 3- todos los sectores públicos han de manejar esta política pública pero sus actuaciones se hacen por separado.

Ante estos tres puntos el modelo vasco puede darnos varios indicios para la atención sin negar las diferencias contextuales. Primero que al estar centralizada la atención debe haber una garantía de continuidad, por más que las voluntades políticas sean distintas, los recursos y las administraciones deben buscar la manera de darle continuidad a los proyectos porque así, primero, se saben si funcionan, y, segundo, generan una constancia con lo cual los usuarios van conociendo el sistema, aprendiendo cómo funciona y cuáles son las medidas que se toman en cada uno de ellos para hacer un proceso de inserción, pero si esta persona que va en la mitad del proceso de un momento a otro se cierra el recurso por falta de financiación ¿cómo se espera que logre un proceso de inserción si no hay una garantía de estabilidad y continuidad?

Asimismo, en el contexto de Bogotá, hay que considerar las actuaciones independientes de las secretarías distritales que, si bien respetan los ámbitos de actuación de cada una, solamente se involucran en temas que le corresponda netamente a su secretaría, o sea, salud maneja todo lo que tenga que ver con sanidad, aspectos como educación ya deben de ser abordados por la secretaría competente. Esta postura genera un fraccionamiento y desarticulación de las necesidades de la población abordando una pequeña parte de la realidad de la persona. Hay que comprender que trabajar en conjunto no es sinónimo de perder su campo de actuación y sus objetivos, sino que, por el contrario, trabajar conjuntamente evita largos trámites, facilita los procesos de inserción y se seguiría caminando hacia el mismo objetivo; el trabajo coordinado en equipo garantiza actuaciones integrales que dan cuenta de la multidimensionalidad de los sujetos, uno de los aspectos más característicos de la población resaltado por las políticas públicas.

¿Qué se puede decir de la tesis?

Esta tesis va más allá de centrarse en una población específica y en un contexto concreto, aquí el eje central es la importancia que tiene el vivir bien, el construir una sociedad en la cual no se castigue a las personas por las decisiones que toman, sino que, por el contrario, se puede construir una red de apoyo para poder desarrollar una vida plena, autónoma y con calidad.

Reconocer la importancia que tiene estar bien con el entorno social, cultural, personal y físico en donde hay múltiples formas de vivir, de pensar y de estar en la vida.

También esta tesis lo que pretende es señalar la incidencia de diferentes actores en la convivencia teniendo en cuenta que las decisiones que se tomen a nivel institucional, desde leyes, políticas, estrategias, hasta la implementación de las mismas, van a repercutir en el día a día de la ciudadanía, en la cotidianidad de las personas que se encuentran en una situación de exclusión social. Del mismo modo, lo que hacen los sujetos por sí mismos, sus decisiones y prácticas van a influir en su entorno, por ejemplo, si la persona decide como medio para conseguir recursos económicos el hurto, eso va a generar un impacto en la comunidad como el miedo, la sensación de peligrosidad o desconfianza.

Es decir, todos los actores tienen un impacto en la convivencia ciudadana, en la experiencia diaria del territorio, es un fenómeno circunscrito a una red compleja de relaciones, y por ende, es de carácter sistémico en donde la transformación requiere de una participación activa de todos los actores de la sociedad.

Dentro de este tejido de actores hay un vínculo cercano entre la convivencia ciudadana y el consumo de sustancias psicoactivas en donde las soluciones que se propongan surten un efecto en la comunidad y en la persona consumidora pues detrás del uso de sustancias, las razones del consumo, el significado que tienen para las personas y hasta la forma de adquirirlas tienen toda una estructura y organización que configura relaciones y encuentros de sentidos de vida diferentes.

Los modelos de atención son formas de hacer que se basan en lo que se quiere y espera como sociedad visibilizando aquellos aspectos a los cuales se les da prioridad en la vida civil, que puede ser garantizar necesidades básicas y acceso a oportunidades a los ciudadanos, o garantizar que todos sean económicamente productivos para tener una independencia; cada perspectiva incide en el ejercicio de la ciudadanía, en la participación social y, en consecuencia, en estar incluido socialmente. Me refiero a que las políticas van a determinar ciertas pautas de una vida “normalizada”, un deber ser y un deber estar que pueden tener como prioridad no penalizar el consumo sino apoyar a la persona para que tenga acceso a sus derechos, o se puede priorizar como solución la erradicación del consumo para que pueda incluirse en la sociedad.

Se ha propuesto una atención coordinada que es la actuación en conjunto de los distintos sistemas que se encargan de lo humano con lo cual se reconoce la complejidad de los sujetos y se pretende dar respuesta a ella. Para lograrlo hay que dejar que las necesidades y demandas surjan

de cada una de las personas ya que esto posibilita atender a la situación real de la persona a la vez que su demanda será parte del compromiso que va a adquirir consigo mismo en el proceso, lo que exige que la atención sea individualizada y centrada en la persona. Asimismo, la atención coordinada requiere de diálogo y entendimiento entre los distintos profesionales para la consolidación de una red que soporte el proceso de cada una de las personas.

Aunque la atención individualizada sería un ideal alcanzarlo en la ciudad de Bogotá, debido a su alto número de población habitante de calle y el hecho que el presupuesto del distrito no alcanzaría a cubrir el número de profesionales necesarios para brindar esta atención, si es posible la construcción de espacios más flexibles que permitan el surgimiento de las demandas genuinas de las personas, así como la consolidación de grupos más pequeños para que pueda haber una mayor cercanía entre los profesionales y las personas posibilitando el diálogo, la reflexión y la confianza.

Ahora bien, el colectivo de personas con patología dual probablemente recoge los casos más complejos y difíciles, y sigue estando muy excluido en ambos contextos. Una de las posibles explicaciones ante esto es el hecho que la salud mental no tiene una gran resonancia en la población, no se le considera como un elemento vital para el bienestar, quedando, en muchos casos, reducido a la simple ausencia de patologías. Desde esta visión una de las “soluciones” es la institucionalización del sujeto como mecanismo para garantizarle una vida digna, es decir, tener un lugar marginado por la sociedad.

Trascender esta concepción implica reconocer la intrínseca relación entre lo sanitario y lo social ¿por qué? En primera instancia, se complementan estos sistemas al ser el objetivo principal garantizar el mayor bienestar posible a toda la población. Segundo, lo que suceda en nuestra vida y en nuestro entorno repercute en nuestra salud como bien es un ejemplo la somatización. A través de la investigación me he dado cuenta que la salud mental no solo tiene que ver con cuestiones biológicas, sino que está en todas las dimensiones del sujeto enfocado en su tranquilidad y bienestar, en donde la vida no sea una constante preocupación por adquirir lo más básico que son los alimentos o preocuparse por dónde dormir sin que corra peligros de robos, abusos, mal tratos de tipos verbales o físicos, entre otros acontecimientos posibles. Tercero, y último, se hace relevante reconocer la singularidad de cada sujeto, saber sobre sus necesidades, sus deseos y situación actual facilitándole el acceso a distintos recursos para llevar a cabo el proceso que desee y hasta donde lo quiera.

Conocer las formas de hacer de cada uno de los contextos ayuda a que el sistema pueda consolidar nuevas estrategias, reconocer acciones que funcionan y que pueden ser adaptadas contextualmente para seguir alcanzando los objetivos trazados.

Teniendo en cuenta las reflexiones anteriores – resumiendo brevemente lo ya escrito- retomo los tres temas del proceso de transformación social al inicio – convivencia ciudadana, inclusión y continuidad institucional-. Ante el primero es necesaria la ruptura de estigmas, estereotipos y de construir una comunidad tanto de las organizaciones y recursos a cargo de abordar el fenómeno, así como una en la que participe toda la sociedad. Esta participación activa e incluyente conlleva a la inclusión social al reconocer y respetar al otro que es diferente, que tiene su propia singularidad y necesidades provenientes de su historia personal, del significado que otorga a sus acciones, a su situación actual y sus experiencias. Luego de reconocer al sujeto y su humanidad, la transformación social solo es posible en la medida que haya una continuidad institucional, lo cual no es sinónimo de rigidez ni de quedarse estático, sino continuar su labor adaptándose a las exigencias del medio, ejecutando planes y proyectos coherentes con el contexto socio-histórico y con el ritmo del fenómeno. Por último, la transparencia institucional es lo que permite que se dé cuenta de los cambios, de las labores que hacen los diferentes actores dejando ver a la sociedad su cumplimiento, relevancia e impacto, así como la importancia de su colaboración.

Dado que la sociedad es diversa y heterogénea, me gustaría hacer mención al género, que, si bien excede las posibilidades de esta investigación, resultó ser un eje transversal que emergió en el campo como algo que debería ser tenido en cuenta por los recursos a la hora de prestar su atención.

De manera resumida destaco varios aspectos que dan cuenta de las diferencias de género, el primero es el rol socialmente atribuido a los hombres y a las mujeres que tiene consecuencias en el inicio del consumo, la forma en que se consume y las sustancias que se consumen; en segundo lugar, es importante aclarar que cada género tiene unos límites socialmente impuestos tanto de consumo como de desinhibición siendo más flexibles en los hombres que en las mujeres justificados en el comportamiento natural. El tercer aspecto proviene de los estudios cualitativos del consumo de SPA, en los cuales se tiene como estándar la media de consumo de los hombres. La consecuencia de esto es la carencia de cuestionamiento hacia el elevado consumo que presentan, la falta de alarma social sobre su consumo y la naturalización de su comportamiento. Esto ha

conllevado a que la atención se piense desde lo masculino pues igual son ellos la mayoría de usuarios (IDD, 2016).

¿Parece conocido? Cada uno de estos aspectos emergió en ambos contextos. Por un lado el salirse del rol socialmente impuesto genera respuestas sociales diferentes según se sea hombre o mujer, así cuando el hombre llega a pedir ayuda se le acoge, se le cuida y se le abre el espacio para atribuirse una posición de enfermo, de asumir que ha fracasado pero que tiene la voluntad de superar esta situación; mientras que las mujeres se les trata de malas madres y en muchos casos son abandonadas por sus familias y/o compañeros sentimentales como respuesta social al incumplimiento de su rol pues ¿cómo cuidar a alguien que se supone ha de ser cuidadora? Esto hace que les cueste mucho más tomar la decisión de pedir ayuda prolongando el tiempo en el consumo y llegando más deterioradas.

Esta diferencia proviene del consumo público de los hombres en donde las sociedades casi que le “exigen” un determinado consumo para que pueda ser vistos como hombres, mientras que en la mujer se genera un rechazo pues ronda la idea de ser una “mala mujer” lo que lleva a que su consumo sea escondido ¿qué pasa con esto? Que el hombre tiene la opción de pedir ayuda en el momento que lo necesite, mientras que la mujer al juzgarse a sí misma y ser juzgada por la sociedad, solo pide ayuda cuando ya definitivamente no puede más y por esto llegan en peores condiciones.

En el contexto bilbaíno se mencionó que hay una experiencia subjetiva diferente según el género, esta proviene por un lado por el rol socialmente atribuido que determina la forma en que se debe ser mujer y se debe ser hombre, pero también las consecuencias que tiene en cada uno el consumo de SPA. En el caso de las mujeres se hacen evidente dos factores comunes en ambos contextos que son: el ejercicio de la prostitución con el fin de conseguir dinero para comprar la sustancia para ella y su pareja- si tiene-, y el segundo factor, es la importancia de los hijos al ser madres y el miedo de perderlos.

En ambos lados hay una penalización social, en el primero el ejercicio de la prostitución no se ve como un trabajo digno, de hecho, está asociado a un montón de prejuicios sociales, y en el segundo son “malas madres”; es decir, la mujer está doblemente estigmatizada. En los hombres no es importante el ser padres, no es un punto trascendental para su proceso de inclusión, en muchos casos ni se considera, solo es un sujeto no productivo económicamente para la sociedad, por esto es que se afirma su des-responsabilización.

Así el género hace parte de las experiencias diarias de este colectivo, de la construcción de identidad e intermedia la forma en que se relacionan con los otros, hasta con la misma sustancia.

Encuentros, conversaciones y diversos lentes

El último tema hace referencia a los límites y alcances de esta investigación, que como bien mencioné en la introducción tiene múltiples particularidades. He de partir de la génesis de todo este proceso, un contexto sociocultural al cual me estaba acercando, que es la ciudad de Bilbao, y es distinto a mi lugar de origen, Bogotá. Comprender y formarme una idea de esta ciudad vasca implicó conocer su historia, los hitos y transformaciones que ha tenido este territorio, acércame a la gente aprendiendo su forma de relacionarse y de hablar, que para esto fue muy importante tener en cuenta su idioma, el euskera.

En el tiempo que estuve allí me percaté que la forma de pensar es más estructural, se habla y se pregunta directo al punto que se quiere llegar. También, observé que la sociedad funciona de una manera más comunitaria respecto a mi ciudad, en donde se incluye y respeta al otro, participando todos vivamente de las actividades y contribuyendo en lo que sea necesario para que se logre llevar a cabo el objetivo, de ahí que sea tan “común” ser voluntario en algún tipo de programa o proyecto.

En términos de la investigación, estos elementos fueron fundamentales. Primero para conocer la estructura del gobierno, el papel de cada una de las administraciones públicas, ver cómo funcionan y ejecutan su labor. Luego ver las conexiones de las distintas organizaciones que se tuvieron en cuenta con la estructura gubernamental. Como segunda instancia, ya en el campo, realizando las entrevistas, tenía que buscar la manera de ser clara y directa con las preguntas sin que eso callera en la sugestión de la respuesta, seleccionar muy bien los términos o conceptos para que me entendieran y, a su vez, yo entender sus expresiones e ideas. Sentí que en las entrevistas hubo todo un intercambio cultural, y he de reconocer que en las primeras no sentí que pude expresarme con tanta naturalidad como hubiera deseado.

Considero que estos dos elementos pueden verse tanto como alcances y limitaciones. Porque, por un lado, hubo todo un proceso minucioso de lectura, comprensión y reflexión sobre aquel territorio ajeno que le abrió las puertas a una extranjera colombiana, permitiendo un diálogo entre dos modelos de pensamiento distinto aportando otra mirada al fenómeno. Y por el otro, hubo un obstáculo en la fluidez de comunicación que limitó la comprensión por mi parte de distintos elementos del contexto.

Otra de las limitaciones en el campo fue el no contar con un acercamiento directo a los usuarios de los recursos por cuestiones éticas. Mi acercamiento con la realidad de las personas en situación de exclusión social fue en momentos puntuales y cotidianos basados en lo que logré observar.

Respecto a los alcances, he de destacar que la investigación se enmarcó en una más grande del Instituto de Investigación Deusto de Drogodependencias – de la Universidad de Deusto- con lo cual todo lo que desarrollamos en conjunto sirvió para la reflexión del espacio sociosanitario por parte de la Diputación Foral de Bizkaia. Es decir, hubo un aporte para la construcción de la atención al colectivo de personas en situación de exclusión social y en situación de drogodependencia. Asimismo, las organizaciones que participaron, pidieron de vuelta los documentos que se elaboraran de esta investigación – en este caso esta tesis de grado – para tener en cuenta a la hora de repensarse su hacer y fomentar discusiones en pro de seguir avanzando en el cumplimiento de sus objetivos planteados. Esto implica que hay una reciprocidad entre los distintos participantes.

Al regresar a mi ciudad natal, Bogotá, se presentó la oportunidad de hacer un breve proceso investigativo. Durante el desarrollo de este me di cuenta que no era posible hacer una comparación, pues el fenómeno de la exclusión ha tenido un proceso histórico diferente, hay un modelo de gobierno distinto, las dimensiones de cada ciudad tanto en extensión territorial como en número de habitantes es radicalmente desigual, así como se habla de una ciudad capital en Colombia y de una ciudad grande de la Comunidad Autónoma del País Vasco, tampoco hay unos recursos que puedan ser similares para comparar, las sustancias que consume la mayoría de la población no son las mismas e incluso la incidencia del fenómeno en la sociedad cambia mucho.

Por lo disímil de los contextos consideré oportuno buscar un diálogo entre ambos, evidenciar lo que existe en cada uno de ellos realzando aquellos elementos convergentes y divergentes pretendiendo captar elementos esenciales del tema.

En la aproximación a campo en Bogotá mantuve la limitación de no acercarme directamente a la población para que el diálogo pudiera ser más horizontal. Por consiguiente, el punto de vista de las personas en esta situación hizo falta para dilucidar la realidad fuera de la institución. Esto deriva en otro aspecto importante, y es que aquí la voz principal fue la institucional, dejando al margen a todos aquellos que no desean tener ningún tipo de contacto con este sistema y, además, no deja mucha cabida a procesos o iniciativas fuera de la institución, me refiero a otras formas en las cuales se esté propiciando la inclusión social.

Una diferencia importante a tener en cuenta entre contextos es que hubo una mayor profundidad en el campo de la ciudad de Bilbao que en Bogotá, por eso hay actores relevantes del contexto capitalino que no se tuvieron en cuenta cuya voz es bastante relevante para el tema, como, por ejemplo, profesionales vinculados a la Secretaría Distrital de Salud. De hecho, soy consciente que para el tamaño de la ciudad y la magnitud de su fenómeno se requiere ahondar más en las relaciones, vínculos y conexiones de este para resaltar a todos los actores implicados, así como evidenciar los nudos de mayor tensión.

En cuanto a los alcances en Bogotá pude realizar un diálogo entre la praxis y la política pública, ver aspectos de su aplicabilidad y ponerlas en conversación con otra forma de hacer, lo que considero que puede ser un gran aporte para reflexionar sobre modelos de intervención, pensar sobre las propias prácticas y aquellas cosas que se pueden mejorar. Además, que las diferencias de maduración, estructuración y consolidación de los modelos permiten que, en una ciudad que hasta ahora en el 2015 fija su política pública, pueda nutrirse de un contexto que le ha dado continuidad a sus programas, recursos y servicios por más de 30 años, en los cuales han tenido que pensarse y replantearse muchas cosas para avanzar de la mano con la situación del contexto.

Ya para concluir, la conversación entre estas dos ciudades, con todas las limitaciones que tuvo, permitió observar que los objetivos de dignidad, bienestar y calidad de vida para todos y todas sólo son posibles cuando las administraciones públicas, las comunidades, las familias y las personas en situación de exclusión social participan del cambio. Al mismo tiempo, ser parte activa de la sociedad requiere de unas garantías que son: la transparencia institucional, es decir, que todos sepamos qué es lo que se hace, cómo se hace, dónde se hace, quién lo hace y qué impacto tuvo; la continuidad de los proyectos y programas pasa saber qué es lo que existe y si realmente está funcionando; la flexibilidad de los recursos para adaptarse a los cambios contextuales del fenómeno; y la construcción de ciudadanía, en la cual se respete y se tolere la diversidad, teniendo cada sujeto un lugar en la sociedad.

REFERENCIAS:

- Alcaldía Mayor de Bogotá (2015) Informe de rendición de cuentas 2015. *Balance de resultados del Plan de Desarrollo Distrital 2012- 2016 “Bogotá Humana” a 31 de diciembre de 2015.* Recuperado en: https://es.scribd.com/document/293367092/RendicionCuentasDic2015#download&from_embed
- Alcaldía Mayor de Bogotá (2011) En un Lugar llamado El Cartucho. Producción del Instituto Distrital de Patrimonio Cultural.
- Arana, X. y Géman, I. (2005) Las personas usuarias de drogas especialmente vulnerables y los derechos humanos: Personas usuarias con patología dual y mujeres usuarias de drogas. Eguskilore. No. 19 pg. 169-215. San Sebastián.
- Bizkaisida, Cáritas Bizkaia, Gizakia (2016) Reflexión sobre el modelo de atención básica para reducción de riesgos y daños en la red de atención sociosanitaria de Bilbao.
- Bocolo, L; y Bertrando, P. (1996) Los tiempos de los tiempos. Ed. Paidós terapia familiar.
- Consejo Vasco de Atención sociosanitaria (2013) Líneas Estratégicas de Atención Sociosanitaria para Euskadi 2013 -2016. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/1_e_sociosanitarias_es.pdf
- Departamento de Empleo y Políticas Sociales (2015) Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.
- Drogomedia(2016) Evolución de las personas atendidas en la Red Pública de Salud Mental. Personas en tratamiento por adicciones. Bizkaia (número de personas. Recuperado en: <http://www.drogomedia.com/es/banco-de-datos/indicadores-de-tratamiento-personas-atendidas-por-adicciones-en-la-red-pblica-de-salud-mental/5/>
- Drogomedia (2017) Patología asociada al consumo. Trastornos mentales asociados al alcohol. 2012-2014. Recuperado en: <http://www.drogomedia.com/es/banco-de-datos/indicadores-sociologicos-y-de-consumo-consumo-de-alcohol-y-patologa-asociada/19/>
- Ehrenberg, A. (1991) Individuos bajo influencia. *Estados segundos. Drogas y Ambivalencias de la subjetividad.* Joao Fatela. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Eustat (2016) Personas sin hogar por consumo de alcohol y drogas según características sociodemográficas 2012. Recuperado en: http://www.eustat.eus/elementos/ele0003300/Personas sin hogar por consumo de alcohol y drogas segun características sociodemograficas/tbl0003304_c.html
- Franco, A (2006) Tendencias y teorías en salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 24 N.º 2. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12.pdf>
- Gil, F. (2002) La exclusión social. Pg. 11 – 46. España: Ariel.
- Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2017) Líneas Estratégicas para la Atención Sociosanitaria en Euskadi. Informe de Evaluación 2017. Recuperado en:

http://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_c20/es_def/adjuntos/c20_L%C3%8DNEAS%20ESTRAT%C3%89GICAS_EVALUACI%C3%93N_es.pdf

Goffman, E (2010) Estigma. Capítulo 1. Estigma e Identidad Social. Pg. 13 – 59. Madrid: Amorrortu editores.

Gómez, J. Clari, E. Saiz, A. (2006) Una aproximación a los problemas de adicción y violencia de las mujeres a través de los profesionales. *Portularia* Vol. VI no. 2. pg. 151 – 161.

Gómez, P. en Ramírez, L. (2016) Apuntes de la clase de Psicología de las Drogodependencias. Universidad de Deusto.

IDD –Instituto Deusto de Drogodependencias- (2016) Perspectiva de género en la intervención en Drogodependencias. Capítulos: 3, 5, 7 y 10. Bilbao: Deusto Digital.

IDIPRON (2018) Objetivos y funciones. Recuperado en: <http://www.idipron.gov.co/objetivos-y-funciones>

Insúa, P; y Grijalvo, J. (2007). Programa de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papel de psicólogos*, no. 77 pg. 35 – 45 <http://www.redalyc.org/pdf/778/77807706.pdf>

Lezertua, M (2016) Principios de la coordinación sociosanitaria en situaciones de enfermedad mental severa y exclusión social. Arateko: Jornada “*Exclusión Social y Patología Mental Severa: una Cooperación Socio-Sanitaria Imprescindible*”.

Montero, I. Aparicio, D. Gómez- Beneyto, M. Moreno-Kustner, B. Reneses, B. Usall, J. Vázquez-Barquero, J. (2004) Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac. Saint*. Vol. 18 no. 4 pg. 175-181. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004004400228&lng=es&nrm=iso

Moreno, J (2014) Abordaje social del habitante de calle en Bogotá. <http://corporacion-ats.com/pdf/2015/4.%20Julian%20Moreno%20.pdf>

NIH (2005) Heroína. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina-abuso-y-addicion/cuales-son-los-efectos-largo-plazo-del-uso-de-la-heroina>

Oiarzabal, I. (2014) *Heroína y FSE, caso pendiente 30 años después*. Donostia/ San Sebastián: Gara. 09/12/2014. Sección Eguneko Gaiak.

Osakidetza y Gobierno Vasco. (2010) Estrategia en Salud Mental de la CAPV. Vitoria: Osakidetza/Servicio vasco de salud. Pg. 5 – 21

Osakidetza y Gobierno Vasco. (2014) Plan estratégico 2014 – 2017. Red de Salud Mental de Bizkaia.

Osakidetza (2016) Modelo Asistencial http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-gkr smb02/es/contenidos/informacion/rsmb_cartera_servicios/es_rsmb/red_salud_mental_bizkaia.html

- Pabón, I (2017) Espacio Urbano, Narrativas de Desprecio y “limpieza social” en Bogotá. Territorios 36, pg. 87 – 109. Recuperado en: <http://www.scielo.org.co/pdf/terri/n36/n36a05.pdf>
- Presidencia del Gobierno (1998) LEY 12/1998, de 22 de mayo, contra la exclusión social <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN11708/3-11708.pdf>
- Presidencia del Gobierno (2008) Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales. Recuperada en: https://ocw.innova.uned.es/sociologia/contenidos/1_aula/4_normativa/bloque3_LA/LA_16.pdf
- Rengel, D (2005) La construcción social del otro. Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida. Gazeta de Antropología. No. 21. Artículo 25. Recuperado en: http://www.ugr.es/~pwlac/G21_25Daniel_Rengel_Morales.html
- Saint – Exupéry, A. (1971) El principito. XII pg. 55. Colombia: Alianza Editorial.
- SDS (2015) Programa Socio-sanitario de reducción de riesgo y daño para la población usuaria de basuco en situación de habitabilidad de calle.
- SDIS (2017) Atención Integral a Ciudadanos Habitantes de Calle. Recuperado en: http://guiatramitesyservicios.bogota.gov.co/portel/libreria/php/frame_detalle_scv.php?hid=26087
- SDIS (2015) Política Pública Distrital para el Fenómeno de Habitabilidad en Calle. Bogotá. Recuperado en: http://old.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/2015politicaspUBLICAS/16032017_Pol%C3%ADtica_P%C3%ABlica_Distrital_de_Habitabilidad_en_Calle_PPDFHC.pdf
- Sobremonte, E; Aurenex, J. (2001) El espacio sociosanitario en la comunidad autónoma de Euskadi: Una propuesta funcional de análisis. Revista de servicios sociales/Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria. No. 39 pg. 5- 18.
- Tirado, A. (2018) La estigmatización de las personas que usan drogas y sus consecuencias políticas y sociales. Drug and Addictive Behavior Vol. 3 (1). Pg. 11-13.
- Ubieto, J. (2009) El Trabajo en Red. Usos posibles en Educación, Salud Mental y Servicios Sociales. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Vega, N. S.-L.-V.-C.-R. (2015). *Libro Blanco. Recurso y Necesidades Asistenciales en Patología Dual*. Madrid: Sanidad y Ediciones S. L. .
- Valencia, G. (2007) Entre Cronos y Kairós. México: Ed. Anthropos.

ANEXOS:**BILBAO****ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA - GESTIÓN**

El **objetivo** de la entrevista es conocer, dentro del espacio sociosanitario, como se organiza la atención a las personas con patología dual y en situación de exclusión social, de cara a situar esta atención en el marco del Decreto de la cartera de prestaciones y servicios. Para acercarnos a esta realidad se tendrá en cuenta la visión de los profesionales que atienden directamente a estas personas, así como la de aquellos que realizan funciones de gestión de recursos.

I.- Cartera de servicios y Espacio socio-sanitario

1. ¿Qué implica la distribución de la cartera de servicios de la forma en que está planteada en las tres administraciones? En cuanto al espacio sociosanitario y en concreto en el ámbito de las personas en situación de vulnerabilidad y exclusión y con una adicción y/o una patología mental
2. Ante la construcción de un espacio sociosanitario ¿cómo debe ser el modelo de coordinación para que permita surgir este espacio? ¿se sigue algún modelo establecido ...?
3. ¿Qué elementos se requieren en el sistema sanitario y en el sistema social para que se logre llevar a cabo un ajuste entre prestación de servicios sanitarios y sociales?
4. ¿Cuál es el rol de esta institución/entidad en el espacio socio-sanitario?

II.- Cartera de servicios, espacio socio-sanitario y coordinación de recursos

1. ¿Cómo es la actual coordinación entre instituciones? ¿Y entre recursos?
2. ¿Cuáles son las instituciones de las cuales se requiere una mayor participación en el caso de la patología dual?
3. ¿Qué papel cumple el profesional en esta coordinación?
4. ¿Cuáles son los actores implicados en la coordinación y que rol desempeñan?
5. ¿Cómo se toman las decisiones que requieren de respuestas y soluciones rápidas? ¿Cómo afectan estas a los usuarios?

III.- Cartera de servicios, espacio socio-sanitario y cobertura a la patología dual

1. ¿Cómo incide la idoneidad propuesta en la ley en el acceso a las plazas de los sujetos?
2. ¿A qué necesidades son a las que se les está dando mayor cobertura y qué implica esto?
3. ¿Son los recursos suficientes para las necesidades que surgen?
4. ¿Es posible que cada vez haya más gente con patología dual? Y si es así ¿cómo se relaciona esto con la distribución de los recursos existentes y con las plazas actuales?

IV.- Cartera de servicios, espacio socio-sanitario y atención a personas con patología dual vulnerables/en exclusión.

1. ¿Cuál es el perfil de usuario más común?
2. ¿Cuáles son sus principales necesidades?
3. ¿Qué se está haciendo con estas personas que presentan patología dual?
4. ¿Cómo se llevan a cabo los diagnósticos?
5. ¿Qué elementos se priorizan en su proceso?

V.- Barreras y dificultades en la atención a personas con patología dual vulnerables/en exclusión.

1. ¿Cuáles son las principales barreras para la intervención con estas personas?
2. ¿Por qué surgen?
3. ¿Cómo afectan a los usuarios en la cotidianidad?

VI.- Soluciones a las Barreras y dificultades en la atención a personas con patología dual vulnerables/en exclusión.

1. ¿Cómo se pueden superar las barreras?
2. ¿Cómo sería un espacio socio-sanitario o un recurso que cubriera todas las necesidades de los usuarios?

Quisiera añadir algo más que considere relevante y sobre lo que no hayamos preguntado o sólo lo hayamos tratado de forma superficial

MUCHAS GRACIAS

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA - PROFESIONAL

El **objetivo** de la entrevista es conocer, dentro del espacio socio-sanitario, como se organiza la atención a las personas con patología dual y en situación de exclusión social, de cara a situar esta atención en el marco del Decreto de la cartera de prestaciones y servicios. Para acercarnos a esta realidad se tendrá en cuenta la visión de los profesionales que atienden directamente a estas personas, así como la de aquellos que realizan funciones de gestión de recursos.

i. Características de la población/ Perfiles:

¿Cómo definirías o dibujarías la población atendida?

¿Cuáles son las principales necesidades de esta población?

ii. Cobertura:

¿Cuáles son los criterios para el acceso y la atención?

¿Cómo se lleva a cabo su diagnóstico?

¿Qué instrumentos se utilizan para llevar a cabo la valoración y el seguimiento de los usuarios?

¿Qué tipo de atención se proporciona?

¿Qué elementos se priorizan en su atención?

¿Cómo se atiende a las personas que presentan patología dual?

¿Qué diferencias existen en la atención a hombres y a mujeres que presentan patología dual? ¿Qué implica esa diferencia?

¿Cuál es el impacto que genera este recurso en la población que atienden?

iii. Espacio socio-sanitario - Coordinación:

¿Cómo es actualmente el proceso de coordinación con los recursos que atienden a este colectivo?

¿Cuáles son los actores implicados en esta coordinación y qué papel desempeñan?

¿Cuál es el papel/rol del profesional en el proceso de coordinación de aquel que está en atención directa con el usuario?

En un momento de cambio en el proceso del usuario o en momentos de crisis ¿a quién se recurre?

iv. Barreras/Aspectos a mejorar/Limitaciones:

¿Cuáles son las principales barreras o limitaciones de este recurso?

¿Por qué surgen?

¿Qué limitaciones encuentra el recurso con respecto a lo que hay en el medio?

¿El medio condiciona las limitaciones en el recurso a la hora de desarrollar iniciativas?

¿Cómo afecta a los usuarios?

Entre la red de contacto ¿Son suficientes los servicios del recurso para las necesidades que surgen?

v. Soluciones:

¿Qué cosas se pueden mejorar como identidad?

¿Cómo se puede mejorar la red de recursos?

¿Cómo se han superado las barreras que presenta el medio?

¿Qué tipo de modificaciones podrían implementarse dentro del espacio socio-sanitario para cubrir las necesidades que presenta este colectivo?

MUCHAS GRACIAS

BOGOTÁ

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Objetivo: Conocer cómo se organiza la atención a las personas que presentan patología dual y se encuentran en situación de exclusión social, puntualmente la habitabilidad en calle, con el fin de conocer qué se está ofreciendo a estas personas en la ciudad de Bogotá.

I.- Características de la población y necesidades:

¿Cuál es el perfil de usuario más común?

¿Cuáles son sus principales necesidades?

¿Qué se está haciendo con las personas que presentan patología dual y se encuentran en situación de exclusión social?

¿Cómo se llevan a cabo los diagnósticos?

¿Qué elementos se priorizan en su proceso?

¿Hay diferencias de géneros que incidan en las prácticas con estas personas?

¿A qué necesidades son a las que se les está dando mayor prioridad y qué implica esto?

II.- Características de la población, recursos y cobertura a la patología dual:

¿Qué recursos existen para atender a estas personas?

¿Cómo están organizados?

¿Cómo es el proceso de una persona dentro de estos recursos?

III.- Coordinación de recursos y cobertura a la patología dual

¿Cuáles son las instituciones de las cuales se requiere una mayor participación en el caso de la patología dual?

¿Existe una coordinación entre instituciones y/o entre recursos? ¿cómo es o podría ser esta coordinación?

¿Cómo se toman las decisiones que requieren de respuestas y soluciones rápidas? ¿cómo afectan estas a los usuarios?

¿Son los recursos suficientes para las necesidades que surgen?

Quisiera añadir algo más que considere relevante y sobre lo que no hayamos preguntado o sólo lo hayamos tratado de forma superficial.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.