

PROCESO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y
DAÑOS EN CALI: ESTRATEGIAS, ACTORES, PERCEPCIONES Y LÓGICAS

LUISA MARIA GONZALEZ AGUDELO



UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS

PROGRAMA ACADÉMICO DE SOCIOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

2019

PROCESO DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIESGOS Y
DAÑOS EN CALI: ESTRATEGIAS, ACTORES, PERCEPCIONES Y LÓGICAS

Luisa Maria Gonzalez Agudelo

Cód. 1526635

Trabajo de grado para optar al título de Socióloga

Director

José Fernando Sánchez Salcedo



Universidad Del Valle

Facultad De Ciencias Sociales Y Económicas

Programa Académico De Sociología

Santiago De Cali

2019

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, que apoyaron todo mi proceso educativo, que siempre estuvieron ahí para mí y que motivaron el culminar de esta etapa.

Agradezco a la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali por permitirme acceder al programa de Reducción de Riesgos y Daños, el cual hace parte de su eje de Salud Mental. Gracias por aportar la información pertinente solicitada y por la participación en el espacio donde se desarrolla este programa, de ante mano gracias por posibilitarme hacer un trabajo de su programa. También es oportuno agradecer al equipo del programa –jeringas- por permitir mi presencia en el espacio, colaborar con el proceso en campo y ser atentos durante mi estadía en el lugar.

Gracias al profesor José Fernando Sánchez por su dedicación, compromiso y paciencia para dirigirme en el desarrollo de este trabajo.

Por último gracias a aquellos que contribuyeron en mi formación y que ayudaron a forjar parte de lo que soy hoy.

Gracias a todos, por siempre mi más sincera gratitud.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA, CONCEPTOS TEÓRICOS, METODOLOGÍA	7
1.1 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.2 ESTADO DEL ARTE	8
1.3 REFERENTES CONCEPTUALES	14
1.4 OBJETIVOS	19
1.5 METODOLOGÍA	20
CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA: PRRyD	23
2.1 RECONSTRUCCIÓN DE LA EXPERIENCIA	23
2.2 LOS COMPONENTES DE LA INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA	25
2.2.1 PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN	25
2.2.2 SUJETOS QUE INTERVIENEN.....	25
2.2.3 SUJETOS QUE SON INTERVENIDOS	26
2.2.4 RECURSOS MOVILIZADOS	26
2.2.5 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	26
2.2.6 CONTEXTO DE LA ACCIÓN/CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO....	35
2.3 ACTORES DEL PROGRAMA	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA, HALLAZGOS	47
3.1 EL EQUIPO QUE TRABAJA CON LOS OTROS: PERCEPCIONES.....	50
3.2 LÓGICAS DE ACCIÓN DEL TRABAJO SOBRE LOS OTROS EN EL PRRYD	60
3.2.1 LOGICA DE INTEGRACIÓN	60
3.2.2 LÓGICA DE COMPETENCIA- ESTRATEGIA	71
3.2.3 LÓGICA DE SUBJETIVACIÓN.....	79
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	88
ANEXOS	91

LISTA DE IMÁGENES

IMAGEN 1. ESQUEMA DE LA EXPERIENCIA DEL TRABAJO SOBRE OTROS. FRANCOIS DUBET	19
IMAGEN 2. LAS NORMAS DEL PROGRAMA	30
IMAGEN 3. LUGARES DE CONSUMO DE INYECTABLES EN EL SECTOR DEL BARRIO SUCRE	36
IMAGEN 4. ZONA DE CONSUMO “CALLE DEL H”	37
IMAGEN 5. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL EXTERIOR	39
IMAGEN 6. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL PUNTO DE CONEXIÓN	39
IMAGEN 7. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL INTERIOR	40

LISTA DE ESQUEMAS Y TABLAS

ESQUEMA 1. EL TRABAJO SOBRE OTROS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS	48
ESQUEMA 2. LÓGICA DE INTEGRACIÓN	60
ESQUEMA 3. LÓGICA DE COMPETENCIA -ESTRATEGIA	71
ESQUEMA 4. LÓGICA DE SUBJETIVACIÓN	79
TABLA 1 TABLA DE CATEGORÍAS DEDUCTIVAS SOBRE PERCEPCIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PRRYD.	50

INTRODUCCIÓN

En el siguiente trabajo se presenta el proceso de sistematización de experiencias realizado al programa de Reducción de Riesgos y Daños de la ciudad de Santiago de Cali, un programa que se posiciona como uno de los referentes de este tipo de modelo para abordar el consumo de drogas en el país. El interés de realizar este ejercicio de sistematización en este programa radicó en conocer cómo funciona y se lleva a cabo un proceso de intervención en habitantes de calle y no habitantes de calle que consumen drogas inyectadas, específicamente heroína, en la ciudad. El trabajo giró en torno a la configuración y a cómo es y ha sido el proceso de intervención que realiza el programa con sus usuarios, cómo se desarrolla el programa de RRD en medio de una problemática creciente donde el mal manejo y las malas prácticas de inyección afectan no solo a quien consume sino también al entorno. Por lo cual, en el marco de esta monografía de investigación se planteó y se encontró pertinente el ejercicio de la sistematización para entender el proceso de intervención que realiza el programa, su razón de ser, sus formas de proceder y sus implicaciones en la población objetivo y en la sociedad en general. En la realización del trabajo, y al ser una sistematización se le dio prioridad a las entrevistas y a la visita y observación en el campo, lo que se reforzó con documentos existentes sobre el programa. Las entrevistas se hicieron a equipo y usuarios pero no fue posible acceder a la Secretaría de Salud Pública, y tampoco a la comunidad.

En el primer capítulo se aborda el tema de habitante de calle, el aumento del consumo de drogas inyectadas en habitantes de calle y no habitantes de calle y los programas de la reducción del daño, presentando los avances investigativos recientes, a nivel de ciudad, país y estudios internacionales. También se presenta el referente conceptual y las categorías que permiten analizar la información encontrada en el ejercicio, las cuales se abordan a partir del trabajo con los otros que propone François Dubet. Se presentan los objetivos y la metodología empleada según las etapas.

En el segundo capítulo se permite conocer al lector el contexto de la experiencia y la caracterización del espacio en el cual se lleva cabo el proceso de intervención, se hace énfasis en la reconstrucción histórica del programa, para luego presentar los componentes de la intervención, cerrando con los diferentes actores que están involucrados. Y en el tercer capítulo se analiza lo encontrado a partir de la experiencia del trabajo sobre los otros en un modelo interpretativo del consumo de drogas como lo es la reducción de daños, donde se destacan las tres lógicas de acción en las dinámicas que se desarrollan en el programa.

Por último se presentan las conclusiones y las recomendaciones frente a lo encontrado, lo que permite compartir información valiosa para retroalimentar al programa, que es el fin último de la sistematización.

CAPÍTULO I: ANTECEDENTES DEL PROBLEMA, CONCEPTOS TEÓRICOS, METODOLOGÍA

1.1 PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

Hoy por hoy y desde mucho tiempo atrás nos encontramos con personas en situación de calle. Las calles de las ciudades se han convertido en espacios donde estas personas han terminado habitando permanente o transitoriamente. Este tipo de población es conocida como *habitante de calle*. En Colombia la población habitante de calle ha ido en aumento, por el crecimiento de factores que ensanchan la cifra como lo son “las drogas, el alcoholismo, el desplazamiento por el conflicto armado, la violencia intrafamiliar, el abandono de niños, niñas, ancianos, ancianas y discapacitados, entre otros”¹. Los habitantes de calle se han convertido en una preocupación para el Estado, debido a que la cifra crece y todo lo relacionado con ellos, lo que perturba la tranquilidad del resto de la población. Se estima que hay al menos 40.000 habitantes de calle en todo el país para el 2016², pero no se sabe a ciencia cierta cuántos son.

La ciudad de Santiago de Cali no está exenta de este tipo de población, que al igual que en Colombia, también ha ido en aumento. El censo del año 2005³ determinó un total de 3.620 personas en la calle. Para el año 2015⁴, existían en Cali 5.000 personas en situación de calle y se estimó que para el 2017 la cifra oscilaría en los 6.000 habitantes de calle⁵. De la mano de la habitabilidad en la calle se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas. En el censo del DANE⁶ se muestra que es muy frecuente que el habitante de calle consuma algún tipo de SPA, presentando que para el 2005 el 72,4% de la población de calle consumía. Con el paso del tiempo el consumo de SPA entre habitantes de calle ha aumentado y el uso de diversas sustancias ha aparecido en la escena. Sustancias inyectables que no tienen una cifra elevada de consumidores a nivel nacional, ni local, pero preocupa a los entes encargados debido al riesgo de transmisión de enfermedades, las sobredosis, las afectaciones a la persona que las usa, entre otros efectos⁷. La heroína se ha convertido en una de esas sustancias que preocupa a las autoridades locales y otras organizaciones, debido al peligro que causa su aplicación. En el último Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas publicado en 2013 calculó en 31.582 el número de personas que alguna vez en la vida la consumieron, en 7.000 las personas que habrían usado heroína en el último año y 3.592 las que lo hicieron en el último mes⁸.

¹ El Colombiano. (14 de Junio de 2015).

² Según El Tiempo (26 de Diciembre de 2016) que se basa en los censos y estimaciones.

³ Siguiendo el censo realizado por el DANE y la Fundación FES, donde se tenía como fin determinar el volumen y las características de los habitantes de calle y en la calle de la ciudad, para el año 2005 en la ciudad había “1.975 personas habitantes de calle y 1.645 habitantes en calle Censo Sectorial de habitantes de y en la calle, Santiago de Cali 2005. DANE, Alcaldía de Santiago de Cali, Fundación FES.

⁴ según el Observatorio de Realidades Sociales (2015).

⁵ Según la Policía Metropolitana de Santiago de Cali, en El Tiempo, 17 de Septiembre de 2017.

⁶ Censo Sectorial de habitantes de y en la calle, Santiago de Cali 2005. DANE, Alcaldía de Santiago de Cali, Fundación FES

⁷ MSPS; OIM. (2013). Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada. En documento de Secretaría de salud pública y la corporación acción técnica social-ATS. Febrero de 2016.

⁸ ODC; DNE. (2010). En documento de Secretaría de salud pública y la corporación acción técnica social-ATS. Febrero de 2016.

Para el caso de Cali, del 2012 al 2015, de 1581 registros, 88 casos indicaron que han usado droga inyectable y que para el 2015, 59 personas afirmaron inyectarse sustancias, donde el 53% de esos 59 casos señalaron usar heroína⁹. En respuesta a tratar de reducir los riesgos y daños de los consumidores de heroína y otras sustancias inyectables, a nivel local la Secretaría de Salud Municipal de Cali, en apoyo con de la corporación ATS, comenzó en el 2015 con el programa CAMBIE –teniendo como antecedentes las ciudades de Pereira y Bogotá-. El cual tiene como fin suministrar los instrumentos de uso para inyectarse y recuperar -cumpliendo con todos los protocolos de seguridad - las jeringas usadas, brinda información útil, realista y práctica a la población usuaria en inyección de menor riesgo, prevención y manejo de sobredosis, salud sexual y reproductiva, VIH y hepatitis y les asesora en recursos y rutas de acceso a servicios en salud¹⁰. Actualmente la Secretaría de Salud Municipal de Cali, por medio del programa de Reducción de Riesgos y Daños - el lugar de atención se encuentra ubicado en el barrio Belalcázar-, implementa el PAMHI¹¹ y unas líneas de acción en pro de la prevención, orientación, sustitución del consumo de drogas. El programa cuenta con un grupo interdisciplinario profesional, que para el cierre del año 2016, entregaron 57.565 jeringas, 4300 atenciones y una atención promedio de 100 personas al día¹². Al 2018 se estima una atención a 700 personas, alrededor de 140 diarias, donde el 90% son habitantes de calle¹³. La relación habitante de calle y droga en la ciudad de Cali, se ve permeada por las facilidades de acceso al estupefaciente y la propagación del contagio de VIH y hepatitis C por uso de jeringas compartidas. Es ahí donde radica la importancia del programa, en el control, reducción y aporte a la disminución de casos por sobredosis.

1.2 ESTADO DEL ARTE

Con el fin de conocer lo que se ha investigado acerca del tema de habitante de calle en primera instancia y de la relación con el consumo de sustancias psicoactivas en segunda instancia, se realizó una búsqueda bibliográfica. La información siguiente está presentada de manera que se muestran primero 2 artículos internacionales, 2 artículos nacionales, luego 2 artículos locales, y cerrando, 4 referencias internacionales que no se podían obviar porque hacen alusión a la intervención de la población habitante de calle consumidora de droga inyectable y a los programas de reducción de riesgos y daños.

El trabajo de Di Iorio, Seidmann, Gueglio, y Figueras (2016), titulado “**Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: el cuidado como categoría de análisis**”, cuyo punto central son las prácticas de cuidado que se implementan en los programas sociales y la visibilización de un conjunto de prácticas de autocuidado que ejecutan las personas en situación de calle de Buenos Aires. Ellos y ellas encuentran que existen dos lógicas no excluyentes a partir de las representaciones sociales que hay de los habitantes de calle. Estas dos lógicas son la “tutelar”

⁹ Basados en el sistema único de registro de indicadores para los Centros de Atención a la Drogadicción. Secretaría de salud pública y la corporación acción técnica social-ATS. Febrero de 2016.

¹⁰ Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS. Febrero de 2016.

¹¹ “PROGRAMA DE ACCESO A MATERIAL HIGIENICO PARA PERSONAS INYECTORAS EN CALI”.

¹² El Tiempo. (26 de diciembre de 2016).

¹³ Información suministrada por el coordinador del programa.

y la “restitutiva”, las cuales generan autonomía, mientras que otras reproducen las condiciones de vulnerabilidad de esta población. En su trabajo encontraron una necesidad de incluir la participación de los habitantes de calle en su proceso a pesar que:

“se encontró que se configuran prácticas mediadas por representaciones sociales sobre las PSC basadas en el descontrol, la irresponsabilidad y la incapacidad, que los colocan como objetos de control y como receptores de cuidado, atribuyendo que no saben ni pueden cuidarse” (Di Iorio, Seidmann, Gueglio, y Figueral. 2016: 132).

Las opiniones de los sujetos entrevistados y las lógicas encontradas llevan a que los autores recomienden la participación de los habitantes de calle en los procesos que se llevan a cabo por las organizaciones para así generar un mejor trabajo, que logre el mejoramiento de la calidad de vida y acceso de derechos a esta parte de la población. Este trabajo contribuye al proyecto porque toma para el análisis la perspectiva de las personas que hacen parte del circuito socio asistencial de Buenos Aires. Coteja información de parte y parte es decir, desde las personas que prestan asistencia y de las PSC (personas en situación de calle), lo que conlleva a encontrar las representaciones que se hacen las organizaciones y las opiniones de las PSC frente a la ayuda. También las actividades que desde la institucionalidad se realizan hacia ellos, para con base en ello actuar. Sirve porque muestra el entramado asistencialista, sus lógicas, sus perspectivas de cuidado, control, normalización y sus limitantes. Dentro del estudio, se pueden encontrar vacíos con respecto a examinar por qué si estas personas encuentran que la organización que las ayuda, que las cuida, que los provee, los lleva a seguir en las mismas, no hacen nada siendo conscientes de la situación. En qué radica que estas personas participen en las alternativas dadas por el circuito socio asistencial, más allá de cubrir sus necesidades básicas.

Rojas (2006), con su trabajo sobre la indigencia en Costa Rica, llamado “**Indigencia en San José: expresión de la exclusión social y el desarraigo**”, intenta explicar el fenómeno en San José, sus características y los condicionantes contextuales de la situación de indigencia. Con una metodología cualitativa, etnográfica, presenta sus actividades, puntos de estadía, lo que posibilita que se encuentren en ciertos lugares, las actividades económicas que realizan, sus motivos de llegada, las adicciones, la relación con organizaciones. Entre sus principales hallazgos está la fuerte relación entre exclusión social e indigencia; las dimensiones en que se ven excluidos los indigentes de Costa Rica, y la relación entre exclusión y drogas que permite la “callejización”. También la necesidad de estrategias específicas para trabajar con esta población, debido a la particularidad de sus características.

Este estudio es significativo porque muestra la dificultad de la atención y cubrimiento por parte de la estatalidad, debido a la dificultad de calcular cuántos habitantes se encuentran en la indigencia. Hace referencia al papel de las drogas y la farmacodependencia con respecto a la exclusión. Por otro lado el papel de las ONG para estas personas, pero también la importancia de las organizaciones y fundaciones para contar las personas que atienden y así poder lograr una cuantificación de esta población y su atención. En este artículo lo que se deja de lado es el papel de la mujer en la indigencia, pues hace referencia a la masculinidad característica de esta situación.

Pasando a un nivel nacional y a las características de los habitantes de calle, encontramos el trabajo realizado por Moreno, Espinosa y Zapata (2017), **“Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencias de vida de habitantes en condición de calle”**, su objetivo fue describir a partir del acercamiento a los habitantes de calle, de sus relatos y sus experiencias, algunas características y elementos diferenciadores de sus modos y estilos de vida, desde una perspectiva EMIC. Ellos usaron entrevistas semiestructuradas, en su estudio de corte etnográfico. Como resultados obtuvieron la construcción de un perfil sociodemográfico de la población habitante de calle que pernocta en el hogar de paso “La Posada”, de la ciudad de Manizales, a partir de cuatro variables. Y la descripción de la experiencia en la calle: las características de la calle y la cotidianidad de habitar en estos espacios. Este trabajo es significativo porque permite conocer qué tipo de población se encuentra en condición de calle, qué personas acuden al hogar de paso, cuáles son las razones por las que pueden llegar a habitar la calle y las razones por mantenerse en ella. Pero la importancia radica en que la información es desde la *experiencia* de los sujetos. Sin embargo el artículo no hace énfasis en preguntas sobre la experiencia de estos sujetos en los espacios como el hogar de paso, con las instituciones que intentan prestar servicios de ayuda. Aunque el artículo hace referencia al hogar y a las personas que les dan algo en la calle, para que el trabajo englobe la experiencia de habitar la calle y sus dinámicas, falta incluir esta perspectiva de una manera más amplia.

En el trabajo de Navarro y Gaviria (2010), **“Representaciones sociales del habitante de calle”**, pretende investigar la existencia de una RS (representación social) de los habitantes de calle en los medellinenses, y si existe una representación, averiguar cómo se refieren y definen a este grupo de personas. Usando entrevistas y un análisis prototípico y categorial de la RS, encontraron que sí existe una representación social, y que no es solo una. Hallaron una RS “compasiva” y otra RS “temerosa”, asociadas a las condiciones que enfrentan y a la drogadicción e inseguridad. Identificaron que las formas de referirse estaban enmarcadas en las categorías sociales de “indigente” y “gamín”, y en la marginalidad social asociada a la pobreza y el desplazamiento:

“Un habitante en situación de calle es un “gamín” o “indigente” (categoría sociales) que ha sido “marginado” por razones de pobreza o de desplazamiento forzado, que vive “necesidades y dificultades físicas”, tales como experimentar “hambre” y “frío”. Esa percepción de necesidades y dificultades físicas generan sentimientos de compasión tales como “tristeza” e “injusticia”” (Navarro y Gaviria. 2010: 353).

Es a partir de la cita anterior que este estudio contribuye porque, al encontrar una representación social del habitante de calle “compasiva”, remite a que aquellos que ven a estas personas en una situación difícil, se vean en la situación de actuar en pro de esta población, lo que desencadena una generación de estrategias. Es en este punto donde se une a este trabajo, porque tener una representación social compasiva del habitante de calle, lleva a que las personas, grupos y organizaciones, busquen estrategias y generen procesos de intervención. Pero también la representación social “temerosa”, genera que las instituciones y organizaciones –principalmente estatales- gestionen estrategias de intervención en esta población en la prevención del consumo de

sustancias psicoactivas, para salvaguardar la seguridad del resto de habitantes de una ciudad y de este tipo de población en situación de calle. Este artículo no presenta una muestra representativa, pero aun así logra captar, cuestiones que nutren el análisis de la temática.

Después de haber conocido un panorama del habitante de calle, debemos relacionarlo con el consumo de drogas para esto, recurrimos al estudio de Hernández, Álvarez y Osorio (2015), titulado **“Consumo auto reportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia”**, el cual tiene como fin conocer la prevalencia del uso de sustancias psicoactivas ilegales en los habitantes de calle de la ciudad de Cali. Por medio del uso de encuestas y tablas de frecuencias, lograron determinar que el consumo de SPAI es algo significativo y característico de la población habitante de calle, de la zona y la muestra. Encontraron que de cada 100, 77 habitantes de calle consumen alguna droga ilegal, que el consumo es una de las razones para caer y mantenerse en situación de calle y que las cifras de su estudio son mayores en relación a Cali en general y a Colombia.

Este trabajo es importante porque hace el enlace entre habitante de calle y drogas en la ciudad de Cali que es el lugar geográfico para este proyecto. Presenta la idea que el habitante puede ser consumidor, ¿en qué medida?, ¿por qué razones? y de ¿qué tipo de sustancias? También es importante porque a partir de sus resultados comparan los datos con el censo del 2005, para lograr entender cómo ha cambiado este problema. A partir de sus resultados permiten ver que no hay un solo tipo de habitante de calle y que se necesitan acciones específicas y determinadas, en este caso para las personas en situación de calle que consumen drogas. El estudio refleja la limitación de acceder a la población, debido a que no todos usan asistencia social, por ende la realización del estudio se ve limitada a un grupo reducido del conjunto. También, puede ser problemático la cuestión del auto reporte porque las personas pueden esconder su verdad, debido a temer perder la ayuda que reciben si aceptan que consumen SPAI.

Para comprender las razones por las que se llega a la situación de calle y la relación con la droga, podemos remitirnos a Bolaños (2012) Con **“Relatos de vida de cinco habitantes de la calle entre mentiras y verdades”**, en el cual este autor se propone conocer y analizar las condiciones y motivos que llevan a una persona a convertirse en un habitante de calle. Indaga sobre ¿cómo son sus vidas? Y ¿cómo se relacionan las condiciones objetivas y subjetivas para llegar a ser un habitante de calle? En su trabajo realizado a partir de relatos de vida, encuentra que el aspecto principal que lleva a una persona a convertirse en habitante de calle, es el rompimiento de los vínculos familiares, su red de apoyo económica y afectiva, lo que lo hace caer en esta condición y lo que posibilita que se mantenga en ella, se dificulte su salida de la calle y a largo plazo el vivir en la calle se convierte en un estilo de vida. Además los habitantes encuentran en la calle otra red, en donde a pesar de los problemas que se presenten pueden encontrar supervivencia y una cierta comodidad en los soportes que le ofrece, como por ejemplo la droga, “amigos”, instituciones y organizaciones.

Este estudio es importante porque muestra cómo la droga no es una explicación para llegar a la situación de calle -aunque existan casos-. Pero, el autor encuentra cómo la droga se convierte en un medio para facilitarse la socialización con otros habitantes –en un elemento de unión- y su habitabilidad de la calle, se convierte en una forma de abstraerse de los embates de la vida en la calle, y de paso contribuye a dificultar la salida de estas personas de su condición de calle. Este estudio presenta los casos de cinco hombres y una de sus hijas, lo que puede influir en las motivaciones de habitabilidad de la calle, al no incluir mujeres, estas pueden cambiar.

Por último para comprender la intervención de un programa de consumo de drogas en habitantes de calle, debemos remitirnos a un trabajo internacional, realizado por León, Cardoso, Johnston, Salem, Bock, and Gaeta (2017), titulado **“Changes in public order after the opening of an overdose monitoring facility for people who inject drugs”**, en el cual se busca examinar el impacto de la apertura de un lugar de apoyo para la observación y el tratamiento de reducción de daños en las personas que se inyectan drogas y que están en riesgo inminente de sobredosis, programa SPOT¹⁴, en relación a las medidas del orden público en el área circundante al lugar creado por el programa de cuidado del habitante de calle de Boston. Mediante una metodología cuantitativa y el uso de modelos de regresión lineales, el grupo de estudio recopiló datos antes y después de la apertura del SPOT. A partir de la creación de rutas aledañas al lugar, donde se midieron 4 indicadores - se tuvieron en cuenta otros factores asociados al consumo-: la cantidad de individuos drogados, el uso público observado de intercambio de drogas, jeringas desechadas públicamente y basura descartada públicamente relacionada con las drogas.

El principal hallazgo radica en que el número de personas drogadas en público disminuyó, pero los otros tres indicadores, no demuestran ni una mejoría o un empeoramiento después de haberse abierto el lugar. Sin embargo basados en los datos y otros casos –Canadá- se demuestra que el orden público puede mejorar con la implementación de un lugar de inyección supervisada. Este estudio es relevante porque muestra el efecto de un lugar y de un programa de reducción de riesgo y daños, sobre las personas que habitan la calle y la comunidad aledaña. Es un ejemplo de los resultados que pueden tener estos lugares en las áreas aledañas, y si sirven o no, estos programas para la población.

Siguiendo con las referencias internacionales sobre programas de reducción del daño podemos encontrar el trabajo realizado por Rahnema, R., Mohraz, M., Mirzazadeh, A., Rutherford, G., McFarland, W., Akbari, G., Malekinejad, M. (2014), titulado **“Access to harm reduction programs among persons who inject drugs: findings from a respondent-driven sampling survey in Tehran, Iran”**, donde los autores buscaban evaluar el acceso de las personas que se inyectan drogas y el conocimiento de estos sobre los lugares y servicios que ofrecen los programas de reducción de riesgo en Irán, específicamente en Teherán, luego de aproximadamente cinco años de la implementación general de estos programas. El trabajo fue realizado por medio de una encuesta conducida por los mismos encuestados, una muestra de 572 personas quienes

¹⁴ The Supportive place for Observation and Treatment.

respondieron preguntas sobre los riesgos relacionados al VIH, el acceso a los servicios de programas de reducción de daños.

En medio de su investigación los autores encontraron que el alto acceso de las personas que se inyectan drogas a los programas de intercambio de agujas y jeringas en la ciudad de Teherán por un lado, pero a pesar de eso, muchos de esas personas que se inyectan drogas, permanecen sin acceso a esos servicios que ofrecen los programas de reducción del daño, todo esto después de los cinco años de implementación. Por otro lado muchos de los encuestados conocen la ubicación de los programas en la ciudad, y el conocimiento y el acceso a estos y sus servicios dependen en parte, por factores como la ubicación geográfica, es decir, dónde viven o dónde mantienen, el compartir con otros consumidores y el portar el VIH. Este estudio es relevante porque hay un énfasis encontrado en el intercambio de jeringas en los servicios a los que acceden, el intercambio como principal asistencia entre los que se inyectan drogas, lo que tiene que ver con este trabajo que aquí se desarrolla puesto que es sobre el acceso a material higiénico en la ciudad.

Otro de los trabajos encontrados es el de O'Brien, K., Schuttke, A., Alhakeem, A., Donnelly-Swift, E., Keogh, C., O'Carroll, A., O'Sullivan, K., Galvin, R., Fahey, T. (2015) el que tiene como título **“Health, perceived quality of life and health services use among homeless illicit drug users”** el cual se propone como objetivo analizar si el uso de drogas está asociado con que la salud física sea más deficiente, y se presenten más problemas de ansiedad y depresión, una calidad de vida más baja para estas personas. Por otro lado pretendió también examinar los niveles de uso de los servicios de salud de las personas sin hogar con o sin consumo de drogas en situaciones de emergencia y/o accidente, en Dublín, donde los investigadores usaron una metodología cuantitativa, realizaron una encuesta y un análisis estadístico sobre cuatro modelos para encontrar que la relación de personas consumidoras de drogas frente a las que no consumen, son más propensas a la multimorbilidad, a problemas de salud mental, de salud física, con una percepción de la calidad de vida más baja y con una asistencia a servicios de salud donde sean atendidos con rapidez y a servicios de asistencia. Este artículo contribuye a este trabajo porque plantea una relación de los consumidores de drogas –que afortunadamente para este caso, resultaron siendo la gran mayoría de los encuestados, consumidores de heroína- y las instituciones de salud, el acceso los servicios médicos, por motivos físicos y mentales, para este caso se representa con las rutas de atención.

Por último para entender el impacto de los programas de reducción del daño en la sociedad encontramos el texto llamado **“Harm reduction history, response, and current trends in Asia”** de Thompson, N. (2013), este texto tiene como finalidad describir la evolución de la reducción de los daños en Asia, con el fin de que a partir de cómo se ha implementado los programas y proyectos de reducción de riesgos y daños y de las actuales tendencias, como por ejemplo los desafíos y cambios en políticas y estrategias para adaptarse a las nuevas tendencias, proyectar el futuro de estos en los próximos 20 años, donde la metodología utilizada fue cualitativa y se hizo un análisis histórico de 4 temas interconectados, los programas de reducción de daños, la investigación, la política y la promoción.

El autor encontró que se necesita una interconexión entre la ley, la justicia penal, la salud pública y la sociedad civil, con el fin de darle un mayor impacto y cobertura a los programas de reducción de daños, puesto que al hacer énfasis en la reducción de daños, no se impacta solo en el VIH, sino también en la criminalidad, la delincuencia, la sociedad civil, la comunidad y la salud pública. La necesidad de que diferentes sectores se vayan acomodando a los cambios que va trayendo el paso del tiempo con el fin de responder a los desafíos de las drogas, por ejemplo, a un cambio penal, donde aunque hayan programas y una retórica del uso de drogas se sigan encarcelando las personas por consumir.

Este texto es importante porque pone en relevancia por un lado los beneficios que trae un programa de reducción de daños, y por otro lado, el ejemplo de la tendencia cambiante a la que hay que adaptarse y buscar nuevas estrategias y también el hecho de una contradicción entre diferentes sectores, por ejemplo ser un programa gubernamental, avalado, legal, pero cuando son encontrados con los materiales de inyección son quitados por la Policía, no hay una correspondencia, al igual que en el artículo.

Después de realizar esta revisión bibliográfica se puede evidenciar que existen estudios sobre el tema basados en diversas disciplinas como la Psicología, Antropología, el Trabajo Social, y otros como la Salud, que tratan de dar cuenta de la situación. A pesar que estén incluidas algunas disciplinas de las Ciencias Sociales, se pudo apreciar que desde la Sociología no hay un aporte significativo que explique este fenómeno. Por otro lado, si miramos la bibliografía se puede ver que la parte de la institucionalidad, el habitante de calle y el consumo de drogas, la relación entre estos, están en los artículos, pero no son su base y también se aprecia que la información sobre el ámbito local que aquí concierne, es decir, Cali, es muy reducida. A partir de esto surge el interés de acercamiento a la problemática en la que gira la investigación, la cual es indagar *¿Cómo ha sido el proceso de intervención social llevado a cabo por el Programa de Reducción de Riesgos y Daños de la Secretaría de Salud Pública en la población habitante de calle que se inyectan drogas en la ciudad de Santiago de Cali desde el 2015 al 2018?*

1.3 REFERENTES CONCEPTUALES

Después de haber revisado los estudios previos al tema de interés, en esta parte, se presentan los referentes conceptuales que ayudarán a apprehender la temática de intervención sobre consumidores de drogas inyectables. Los referentes conceptuales para poder analizar la información de la sistematización de experiencias del programa de Reducción de Riesgos y Daños es el concepto de intervención, el modelo de reducción del daño para el abordaje de consumo de SPA y “la experiencia del trabajo sobre los otros” de François Dubet (2006 y 2011).

En referencia al concepto de intervención social se entenderá desde la perspectiva de dos autores quienes hacen un intento por dilucidar a qué hacemos referencia cuando hablamos de intervención. La intervención social ha sido trabajada desde diferentes campos disciplinarios, desde la perspectiva de Javier Corvalán la intervención social puede ser entendida como “*La acción*

organizada de un conjunto de individuos frente a problemáticas sociales no resueltas en la sociedad a partir de la dinámica de base de la misma” (Corvalán. 1996: 4).

Para Corvalán, la noción de intervención social debe ser discutida desde la Sociología. Para él la noción que debe discutirse es la intervención social de tipo socio-política, la cual se refiere a procesos donde entra en juego la cuestión de objetivos del funcionamiento de la sociedad a manos del Estado y las ONG. Esa conceptualización de intervención social de tipo socio-política de Corvalán, es pertinente para comprender el tema que aquí se desarrolla, porque postula una idea en la cual una realidad social que afecta la vida de los individuos es tratada y afrontada con el fin de lograr una resolución de una problemática, por medio de estrategias y acciones organizadas.

“Una intervención social es de tipo socio-política cada vez que agentes de la sociedad actuando a través del aparato de Estado u organizados a partir de la sociedad civil plantean la inaceptabilidad de una realidad social que afecta la vida cotidiana de algunos individuos, y cuyo origen es el funcionamiento "normal" de la sociedad.” (Corvalán. 1996: 11).

Complementando la noción de intervención social de Corvalán, se remite a la noción de intervención social de Fernando Fantova. El cual propone una definición de la intervención, entendida *“como una actividad que se realiza de manera formal u organizada, intentando responder a necesidades sociales y, específicamente, incidir significativamente en la interacción de las personas, aspirando a una legitimación pública o social” (Fantova.2007:186).* Desde el punto de vista de este autor existen cuatro elementos, que son los que desarrolla en su definición como tal. Para Fantova, la intervención tiene que apuntar a incidir significativamente en la interacción de las personas, para él la interacción es el medio y el fin de la intervención social, tiende a realizarse cara a cara y su fin es responder a necesidades sociales, a que se legitimen diferentes procesos y actores.

Después de lo anterior, se encuentra que los dos autores presentan una visión donde la intervención es un conjunto de procesos, de actividades que se realizan encaminadas a solucionar una problemática, que afecta a un grupo en específico y a la sociedad en general. Esas definiciones de intervención se pueden operacionalizar siguiendo las ideas de Hernández (2012) donde por medio de seis dimensiones se puede comprender el proceso de intervención y sus componentes. Los componentes son: los propósitos de la intervención, los sujetos que intervienen, los sujetos que son intervenidos, los recursos movilizadas, las estrategias de intervención y el contexto de la acción. Todas estas dimensiones permitirán entender cómo es la intervención en el programa.

Teniendo en cuenta que la intervención que realiza el programa es una intervención del consumo de SPA, debemos ahora enfocarnos en que el consumo de drogas y su abordaje es examinado desde diferentes perspectivas, estas se presentan en modelos interpretativos de la utilización de drogas, los cuales muestran una manera de ver al sujeto quien realiza la acción de consumo y unas maneras, unas estrategias para intervenir a quienes consumen.

Para el abordaje y la intervención del consumo de SPA existen nueve modelos que explican e interpretan el consumo, para Pons (2008) esos nueve modelos son “modelo jurídico, modelo de la distribución del consumo, modelo médico tradicional, modelo de reducción del daño, modelo de la

privación social, modelo de los factores socioestructurales, modelo de educación para la salud, modelo psicológico individualista y modelo socioecológico.”(P. 2.). Estos diferentes modelos actúan desde diferentes áreas como por ejemplo la salud, la psicología, la economía, lo jurídico, la educación, la historia, la política, entre otras.

Siguiendo los modelos de Pons (2008) encontramos el modelo de reducción del daño, el cual es el que nos compete en este trabajo puesto que de eso se trata el programa, de reducir el riesgo y el daño en los consumidores de droga inyectada y por extensión a la comunidad. En su artículo Pons (2008) cita a Heather, Nick, Wodak, Nadelmann y O'Hare (1993) para definir la reducción del riesgo la cual es entendida como “un intento de aminorar las consecuencias adversas que sobre la salud, lo social o lo económico tiene el consumo de drogas, sin requerir, necesariamente, la reducción de su consumo. El concepto de "consumo responsable" emerge como propuesta fundamental de esta perspectiva interpretativa.” (p.9.).

El modelo de reducción del daño hace referencia a consumir drogas de una manera en la cual se generen menos impactos negativos y no se promulga ni tiene como finalidad la abstinencia, ni la erradicación del consumo, puesto que asume que el consumo puede ser una de las actividades de la persona y que si lo hace de una manera “responsable” generará más bienestar para su vida y menos consecuencias en la sociedad.

Pons (2008) encuentra en Riley y O'Hare (2000) que el modelo interpretativo de la reducción del daño funciona bajo unas premisas lo que permite que el abordaje se realice, las cuales se pueden resumir en que el consumo es un derecho, quienes trabajan con esta población deben garantizar las condiciones para reducir todo tipo de daños, lo que importa es el daño y no el consumo, es más fácil y con menor costos las actividades terapéuticas puesto que se hace énfasis en reducir el daño y no en tratamientos, no se rechaza a quienes deseen la abstinencia y se busca disminuir el riesgo del consumidor y la comunidad. (p.9.), todas estas premisas están enmarcadas en dos acciones que se generan en la reducción del daño, las cuales son la de proveer material higiénico de inyección o el mantenimiento con metadona, un sustituto de la heroína.

Por otro lado el modelo también tiene unas formas de intervenir, unas estrategias para abordar el consumo de drogas que van desde las jeringuillas y la metadona hasta acciones educativas para reducir el consumo:

“Las intervenciones propuestas para la reducción del daño incluyen la puesta en marcha de acciones diversas, tales como las siguientes: – Programas basados en la dispensación de metadona y otros opiáceos sintéticos a las personas adictas a heroína, con la finalidad de evitar el consumo adulterado de esta droga obtenida en el mercado negro y reducir la incidencia del riesgo de contagio vírico. – Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles a los consumidores de drogas por vía parenteral. – Disposición de "áreas de tolerancia", lugares específicamente habilitados para que los consumidores puedan obtener instrumental de inyección limpio, preservativos, información y atención médica. – Programas educativos basados en la reducción de daños. Se trata de materiales y estrategias educativas que informan a los jóvenes acerca de cómo reducir los riesgos asociados al uso recreativo de drogas. Se incide en el conocimiento exhaustivo de las características y los efectos

de las drogas de uso más común. – Trabajo de calle dirigido a contactar con jóvenes consumidores para informarles acerca de las características de los productos que consumen. Se analizan químicamente las sustancias y se distribuye material informativo. – Demanda de la legalidad controlada de ciertas sustancias no institucionalizadas –especialmente, cannábicos– con la finalidad de eliminar los problemas de criminalidad asociados tanto a la demanda como a la oferta.” (Pons, 2008, P. 10.).

El último referente que nos permitirá analizar la información recogida de la sistematización es el de “la experiencia del trabajo sobre los otros”, el cual lo podemos entender desde François Dubet. Primero debemos decir qué es la experiencia social, puesto que de este concepto se estructura el trabajo sobre los otros y las lógicas de acción. Para Dubet (2011) la experiencia social se funda en que los actores se basan en diferentes racionalidades y nunca se inscriben a un paradigma de teoría pura; también, en que los actores son actores y por tanto no están adecuados por completo a sus funciones o intereses y por eso debe existir una teoría que explique cómo se comportan en diferentes situaciones. Dubet (2011) define la experiencia social: “a la cristalización, más o menos estable, en los individuos y los grupos, de lógicas de acciones diferentes, a veces opuestas, que los actores deben combinar y jerarquizar a fin de construirse como sujetos” (P. 117).

Teniendo en cuenta que para Dubet en los actores se pueden inscribir en diferentes racionalidades y que la experiencia social cristaliza lógicas de acción diferente, él encuentra que “se pueden distinguir tres tipos puros de la acción que son definiciones de uno y del otro, al mismo tiempo que modos de articulación del actor y el sistema” (Dubet, 2011. P.117). Estos tres tipos de acción son la integración social, la estrategia y la subjetivación.

La lógica de integración es aquella que se basa en la teoría sociológica con las teorías del orden, donde la persona se define por lo que la sociedad ha programado en él, donde las nociones de funciones, normas y estatus son muy importantes, y donde la sociedad es percibida como un sistema de integración en el cual se trabaja por obtener el reconocimiento de un lugar y de una identidad “esta lógica de acción es una orientación de la acción” (Dubet, 2011. P.118).

Por otro lado la lógica de estrategia según Dubet (2011) se relaciona con la teoría sociológica de las lógicas del mercado y la teoría de Weber de la acción racional con respecto a los medios. Donde hay un comportamiento estrategia para conseguir ciertos fines, donde la sociedad es percibida como el resultado de estrategias individuales. (p.119)

Y la lógica de subjetivación se relaciona desde la Sociología con las teorías de la subjetivación, donde según Dubet (2011) la sociedad se percibe como un sistema de dominación que impide la autorrealización por tanto las acciones giran en torno a la construcción de un yo, de un sujeto capaz de manejar su vida y las diferentes tensiones que se le presentan. (p.122)

En pocas palabras para Dubet (2011) la experiencia social “puede concebirse como la manera en que los actores articulan las lógicas de acción a fin de tener el mayor dominio posible sobre ellas” (p.123). Estas lógicas Dubet las analiza luego en el campo de la intervención social,

basado en la idea del declive de las instituciones, de ese programa institucional que tenía la capacidad de generar un trabajo sobre los otros.

Por tanto Dubet (2006) postula, aplicando las tres grandes lógicas, a los procesos de intervención que se desarrollan ahora porque ese programa institucional que unía y homogeneizaba está en decadencia lo que permite la aparición de unas lógicas de acción sobre el otro, lógicas autónomas que se pueden combinar en una misma intervención, es decir que ya no hay una única forma de trabajo sobre el otro basado en el rol y la vocación, sino en la experiencia social. “Por ende, es conveniente hablar de experiencia social más que de rol, pues es atribución del trabajador recomponer la unidad de su experiencia y, de ese modo la del objeto de su trabajo. Pueden derivarse tres grandes lógicas” (Dubet, 2006, P.91.).

Son estas lógicas de acción, estas lógicas de trabajo sobre el otro las que sirven de crisol para analizar el programa de Reducción de Riesgos y Daños. Con el fin analizar lo encontrado en el proceso de la sistematización de experiencias y dar un panorama de qué y cómo ha sido el programa, es pertinente analizar qué lógicas de acción se desarrollan y cómo actúan en el proceso de intervención que se lleva a cabo.

Para Dubet las tres grandes lógicas de acción en la experiencia del trabajo sobre los otros están enmarcadas en el control social, el servicio y la relación. La primera es la lógica de la integración social, en la cual las relaciones se pretenden objetivas, las conductas y pensamientos proceden de normas que se han interiorizado, el actor institucional es un agente y prima el derecho, la igualdad y la justicia.

“Control social: Todo trabajo sobre los otros consiste en atribuir un rol, en conferir una identidad institucional y esperar de otro que se comporte según esa posición. Uno es alumno, enfermo, postulante a un empleo y, cuando no se sabe quién es uno, importa definirlo aun antes de que el trabajo se ponga en marcha. En este caso, es cuestión del trabajo más institucional en que el actor profesional se considera, durante un lapso de tiempo de esa actividad, un agente y la encarnación de la institución. En gran medida, él es su rol y demanda a otros ser lo que se le atribuye. Por lo demás, del modo más usual, la relación con los otros se pretende objetiva: no soy yo quien les habla, es un conjunto de reglamentos y de disciplinas objetivas; y yo les trato en tanto persona particular, sino en tanto alumno, enfermero, postulante a un empleo...” (Dubet, 2006, p.92.).

La segunda es la lógica de la competitividad o la estrategia, la cual pone en relieve el comportamiento estrategia de los actores, donde se presta un servicio y aquel que lo hace es un trabajador experto en tareas, el que lo recibe es un cliente y el trabajo se caracteriza por las actividades en conjunto, la organización donde prima el mérito.

“El servicio. Se considera al trabajador un experto que debe llevar a cabo con solvencia tareas técnicas: enseñanza, cuidados médicos, compilación y distribución de expedientes administrativos (...) Pero a esa solvencia estrictamente técnica se suma un conjunto de competencias que obedece al desarrollo mismo de la organización. Es necesario construir actividades en conjuntas, organizar el trabajo, conocer los procedimientos, ser integrante eficaz de un equipo y de una organización

(...) Esa lógica de acción considera a los demás como poseedores de un derecho, como un cliente que puede exigir una calidad de servicio.” (Dubet, 2006, p.92.).

Por último está la lógica de la subjetivación la cual postula una relación entre dos individuos, donde se busca con el trabajo sobre el otro la búsqueda de la autorrealización y autenticidad, la construcción del sujeto y donde prima el reconocimiento.

“La relación. Por último, se define el trabajo sobre los otros como mera relación entre individuos, como un encuentro aleatorio que involucra a dos personas. Se considera al profesional como sujeto definido por sus cualidades personales, sus convicciones, su atractivo, su paciencia, su capacidad de escucha (...) la dimensión del trabajo más emparentada con la vocación, a condición de concebir la vocación como una forma de compromiso profundo de la subjetividad en una actividad, como una forma de autenticidad y de realización de uno mismo.” (Dubet, 2006, p.93.).

Es a partir de estas tres lógicas que se busca entender las estrategias, actividades, dinámicas y el programa en sí, para poder así generar conocimiento y retroalimentar el proceso de lo que ha sido y es el programa de Reducción de Riesgos y Daños. A continuación se presenta un esquema con el cual Dubet resume sus lógicas, las cuales nos soportaran el análisis.

~ Puede proponerse, pues, el siguiente esquema de la experiencia ¹
del trabajo sobre los otros:

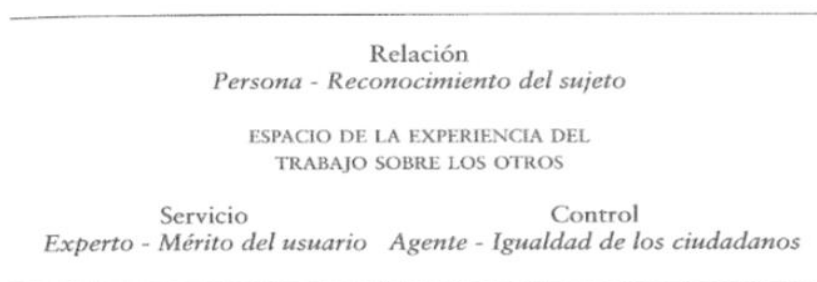


Imagen 1. Esquema de la experiencia del trabajo sobre otros. Francois Dubet 2006. P.95.

1.4 OBJETIVOS

Objetivo General:

Sistematizar la experiencia de intervención social llevada a cabo por el programa de Reducción De Riesgos y Daños de la Secretaría de Salud Pública en la población habitante de calle que se inyectan drogas en la ciudad de Santiago de Cali desde el 2015 al 2018.

Objetivos específicos:

Describir las estrategias, actividades y actores del proceso de intervención llevado a cabo por el programa de Reducción de Riesgos y daños de la Secretaría de Salud Pública en la población habitante de calle que se inyectan drogas en la ciudad de Santiago de Cali, desde 2015-2018.

Interpretar las estrategias, actividades y actores del proceso de intervención social llevado a cabo por el programa de Reducción de Riesgos y Daños de la Secretaría De Salud Pública en la población habitante de calle que se inyectan drogas en la ciudad de Santiago de Cali, desde 2015-2018.

1.5 METODOLOGÍA

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo de investigación es sistematizar la experiencia del proceso de intervención del programa de RRYD en habitantes de calle consumidores de droga inyectable, este gira en torno a una perspectiva de orden cualitativo, porque permite incorporar la mirada de los sujetos, que el investigador interactúe con estos. Además porque esta perspectiva posibilita conocer hechos, procesos y estructuras, porque permite profundizar en un asunto y estar más próximo a una realidad empírica. El diseño metodológico propuesto, es el diseño etnográfico, porque tiene como fuente a las personas, lugares y contextos y porque permite tener un trato directo con la población de estudio, lo que conlleva a un análisis más completo del fenómeno a estudiar.

La metodología es la sistematización de experiencias, entendida como una interpretación que busca a partir de un proceso constante y acumulativo de conocimiento de la intervención realizada, aportar a generar más conocimiento, a nutrir la intervención. Para este trabajo se tuvo en cuenta la guía metodológica de Jara (1997) y Nirenberg (2013), quienes explicitan la importancia de los que hacen parte del proceso de intervención, en cuestión de las experiencias, para así poder recolectar, clasificar y ordenar la información. Teniendo en cuenta lo que se entiende por sistematización y el proponer un diseño etnográfico para tal fin, Nirenberg dice que “la sistematización suele privilegiar el uso de las dinámicas grupales, así como las entrevistas semiestructuradas o en profundidad, para la reconstrucción de la memoria de la experiencia y para su interpretación” (Nirenberg, 2013: 302). Por tanto en este trabajo se usaron técnicas como la observación no participante, con el fin de recoger experiencias actuales, de observar las acciones y las relaciones entre equipo y beneficiarios; entrevistas semiestructuradas a los encargados del proceso, al equipo de trabajo con el fin de reconstruir la experiencia del programa, entrevistas estructuradas para los usuarios y la consulta de los documentos del programa. Se realizó una entrevista a cada uno de los miembros del equipo, para un total de cinco entrevistas para identificar, describir e interpretar las estrategias y actividades de intervención puestos en práctica. Y Se realizó una entrevista a 4 usuarios, dos hombres y dos mujeres (dos habitantes de calle, dos no habitantes de calle) con el fin de recoger información acerca del programa y de las dinámicas que se desarrollan en este.

Todas las técnicas enunciadas van dirigidas a reconstruir la experiencia del proceso y a identificar los puntos claves desde las apuestas, hasta los resultados de la intervención puesta en práctica (2015-2018). Para complementar lo etnográfico y basado en los pasos de una metodología de sistematización de experiencias, se hizo un trabajo de revisión documental, lo que nutre y

contrasta la información recogida en campo. El trabajo se desarrolló en el espacio destinado por la Secretaría de Salud al programa, el local ubicado en el barrio Belalcázar.

Además de la metodología empleada en la recolección de información, el presente trabajo como ya se dijo en los referentes teóricos, utiliza la operacionalización de la noción de intervención social, basada en los componentes de la intervención de Hernández (2012), es que a partir de los seis componentes - los propósitos de la intervención, los sujetos que intervienen, los sujetos que son intervenidos, los recursos movilizados, las estrategias de intervención y el contexto de la acción- se va a mirar el proceso de intervención que lleva a cabo el programa de Reducción de Riesgos y Daños.

Siguiendo con la operacionalización para el análisis de la información recolectada en este trabajo, las lógicas de acción de Dubet, también fueron operacionalizadas para poder ser vistas empíricamente. Basados en las tres lógicas de acción, como lo son el control, el servicio y la relación, se sacaron unas subcategorías por cada una de las lógicas y así poder verlas en el programa.

Para el caso de la lógica de integración que se enmarca en el control social se pudieron apreciar a través de las subcategorías de revisión, reglamento y seguimiento. Para el caso la estrategia que se enmarca en servicio se vio empíricamente a través de la atención, el trabajo-burocracia y las redes, y por último la lógica de subjetivación que se enmarca la relación fue vista a través del trato y la percepción. Estas subcategorías surgieron del trabajo de campo realizado y los documentos del programa y se reforzaron a partir de las entrevistas realizadas al equipo y los usuarios del programa.

La sistematización llevó a cabo las siguientes etapas: en primera instancia una revisión bibliográfica general, seguida de la planificación del proceso, delimitando sus ejes. Segundo, se recopiló la información secundaria¹⁵, la cual está basada en los registros, documentos y demás información perteneciente al programa y se realizaron 13 visitas. En tercer lugar se construyó el instrumento de recolección de información, para recabar la información primaria, basada en lo etnográfico, y se realizaron las entrevistas. En cuarto lugar se ordenó la información de manera sistemática y el análisis e interpretación de las experiencias.

Ahora bien, después de dar a conocer cómo se procedió, es necesario decir que el objeto de estudio de este proyecto es el proceso de intervención, donde se toma como unidad de análisis al programa de Reducción de Riesgos y daños de la Secretaría de la Salud Pública de Santiago de Cali, donde la población de estudio se divide en los habitantes de calle¹⁶ de la ciudad de Cali que

¹⁵ Para este trabajo se usarán fuentes primarias y secundarias, debido a la naturaleza de la metodología. La sistematización de experiencias requiere, basarse en fuentes que proveen directa e indirectamente del objeto de la investigación.

¹⁶ "Persona sin distinción de sexo, raza o edad que hace de la calle su lugar de habitación ya sea de forma permanente o transitoria" (ministerios de salud y protección social).

se inyectan drogas y que hacen parte del programa-beneficiarios- y los actores (funcionarios), encargados de llevar a cabo el programa. Este se desarrolló en la ciudad de Santiago de Cali, en la temporalidad de dos semestres académicos (2018-2019), esto debido a las etapas planteadas anteriormente.

CAPÍTULO II: PRESENTACIÓN EXPERIENCIA: PRRyD

2.1 RECONSTRUCCIÓN DEL PROGRAMA: REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

El programa de Reducción de Riesgos y Daños en la ciudad de Cali inició por un diagnóstico de la población inyectora realizado por la Corporación ATS (Acción Técnica Social), que bajo un convenio con la Secretaria de Salud Pública Municipal comenzó a realizar las acciones de reducción de riesgos y daños enmarcada en el programa CAMBIE.

CAMBIE es el primer programa de Colombia que utiliza el enfoque de reducción de riesgos y daños para personas que se inyectan drogas, este proyecto nace en el 2014 en la ciudad de Pereira y Dos Quebradas, expandiéndose luego en el 2015 a ciudades como Bogotá y Cali y cerrando en el 2016 con Medellín y Santander de Quilichao. Este proyecto trabaja bajo los lineamientos de los programas de intercambio de jeringas de la OMS, y lo que busca es reducir los riesgos y los daños de los PID con respecto a la transmisión de enfermedades como VIH, VHB, VHC e ITS¹⁷, que las prácticas de inyección mejoren con el fin de minimizar los daños en las personas que consumen sustancias psicoactivas vía inyectada.

CAMBIE inició labores en Cali, a partir de la realización del diagnóstico de ATS, de un acercamiento a la población inyectora, para conocer los datos exactos del consumo, del perfil de la población, de los lugares, de la problemática en general y así generar una propuesta que respondiera a las necesidades de esta población. El diagnóstico se llevó a cabo en los meses de agosto a diciembre del año 2015, donde se hizo contacto con las personas inyectoras, comunidad e instituciones. En el diagnóstico realizado se encontró a partir de los datos del Sistema de Vigilancia en Salud -SIVIGILA- que la heroína es la tercera sustancia de intoxicación por sobredosis en la ciudad para los años 2012, 2013 y 2014:

“De acuerdo a las cifras extraídas del Sistema de Vigilancia en Salud -SIVIGILA- sobre eventos de intoxicación o sobredosis causadas por sustancias psicoactivas entre 2012 y 2014 (359 casos), la sustancia que más genera sobredosis en la ciudad de Cali, sola o combinada, es la cocaína con un 37% (133 casos). Sin embargo, la heroína sola y combinada, es la tercera causa de intoxicación por sobredosis en el 13% de los casos (48 eventos).” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS/ CAMBIE: 2016: 8*)

Por otro lado el diagnostico también revisó los Reportes Individuales de Atención –RIP- para saber cuántos casos por consumo de opiáceos ingresaban al Hospital Psiquiátrico del Valle, usó otros reportes para saber los ingresos a otras instituciones diferentes al psiquiátrico y revisó también el Sistema Único de Registro de Indicadores para los Centros de Atención a la Drogadicción –SUICAD- el cual es el único registro público que toma solamente la modalidad de consumo de una sola sustancia, a partir de esto encontraron que en el 2015 de 59 personas que afirmaron que se habían inyectado heroína, el 53,2% había sido heroína. Con base en estos datos de consumo de drogas en la ciudad, más la información encontrada en un estudio realizado en el

¹⁷ <https://proyectocambie.com/cambie/>

2012 por la SSPM sobre prácticas inyectoras y prevalencia de VIH, se determinó que en la ciudad se tenía la tasa más alta de compartir jeringas (60,6%) en comparación con las principales ciudades y que la prevalencia de VIH en la población era del 2,2%. A este análisis documental y estadístico, se le sumó al diagnóstico la observación participante, los recorridos de calle, grupos focales con PID auspiciados por otras instituciones, entrevistas semiestructuradas y cartografías participativas. Con base en estas metodologías CAMBIE pudo sentar las bases para el programa de acceso a material higiénico de inyección basado en RRD para la ciudad Cali, puesto que ya contaba con toda la información necesaria: cifras preocupantes del consumo, lugares del consumo –mapeo de la zona-, perfiles de los PID, prácticas de consumo, técnicas de inyección, sobredosis, rehabilitación, entre otras, todo lo necesario para que el programa funcione.

Teniendo establecido lo anterior, el programa inició labores en un punto fijo el 26 de diciembre del 2015, el cual tenía y tiene como funciones para su desarrollo:

“Almacenamiento de material limpio, almacenamiento de material usado y entrega a servicio especializado, entrega de material limpio, entrega de información relacionada (Prevención de hepatitis, VIH y sobredosis, inyección de menor riesgo), jornadas de formación para usuarios y funcionarios, diligenciamiento de hoja de primer contacto, recolección y sistematización de información. (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS/CAMBIE: 2016:58 y 59*)

Y donde los primeros seis meses se llevó a cabo el plan piloto:

“Durante los primeros 6 meses de funcionamiento, se realizó el proceso piloto. El equipo se encontraba inicialmente conformado por 2 operadores de campo (una psicóloga y un comunicador), una coordinadora de pares y un coordinador general. Para la atención, se estableció el horario a partir de la dinámica de consumo en el sector, estableciendo que la atención presencial en el local sería de 8:00 am a 1:00 pm. Además, se discutió la necesidad de fortalecer el servicio, con procesos de formación a la comunidad, espacios de escucha activa y acompañamiento a casos. Entre junio y diciembre de 2016, con el apoyo de la Secretaría de Salud Pública Municipal y el Ministerio de Justicia y del Derecho, se reestructura el equipo operativo, continuando solo el coordinador, y contratando a dos psicólogas, una auxiliar de enfermería y un administrador, igualmente se amplía el espacio de atención, permitiendo de igual forma, ampliar los servicios ofrecidos y el número de usuarios impactados.” (*SSPM Y RRD: 2018: 2*)

El programa continuó con sus labores en el 2017, aumentando los PID y la cantidad de material entregado, con ayuda de la SSPM y el FNE, se da un proceso de mejora estructural del programa, un fortalecimiento del equipo psicosocial y de la atención de casos. El programa estuvo operado hasta diciembre del 2017 por la ATS. A partir de este momento el programa es dejado al Estado por completo, donde junto con el apoyo técnico y financiero de la SSPM empieza a ser operado por la Red de Salud del Centro E.S.E –desde el 01 febrero 2018-, deja su nombre de CAMBIE y pasa a ser llamado simplemente Programa de Reducción de Riesgos y Daños.

El programa se encuentra inmerso o hace parte del área de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, que maneja tres ejes: promoción de la convivencia social y

abordaje de las violencias; promoción de la inclusión social, abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas –SPA- y otras dependencias; promoción de la vida y abordaje del sufrimiento psicosocial; el programa hace parte del abordaje al consumo de SPA -es una de las líneas estratégicas-, el cual tiene por finalidad, la entrega de material higiénico de inyección a la población inyectora de droga –específicamente heroína- con el fin de minimizarle los riesgos y daños que corren quienes se inyectan drogas, como por ejemplo la transmisión de enfermedades por compartir jeringas, las heridas cutáneas y subcutáneas, las sobredosis y la muerte.

El programa hoy por hoy, solamente se ha cerrado o ha dejado de funcionar una sola vez, durante los primeros meses del 2017, debido a cuestiones financieras, de lo contrario ha operado y sus cifras de usuarios, entrega y recibimiento han aumentado año tras año. el horario de atención es de lunes a viernes de 8 am a 1pm, donde se hace la entrega de los kits y se da la atención psicosocial, mientras que por fuera del espacio se hacen articulaciones y se construyen relaciones con diferentes instituciones que ayudan a que se realice el trabajo del programa. Para el año 2018, hasta el mes de agosto, el programa tenía 882 usuarios, entregó 17.641 jeringas y obtuvo una devolución de 11.178, 27 atenciones por psicología y en cuestión de enfermedades hubo cero casos de VIH, VHB, VHC, Sífilis y solo 2 casos de tuberculosis¹⁸.

2.2 LOS COMPONENTES DE LA INTERVENCION DEL PROGRAMA

2.2.1. Propósitos de la intervención

El propósito de la intervención del programa de Reducción de Riesgos y Daños como su nombre lo indica es el de lograr una reducción del riesgo y del daño en las personas consumidoras de drogas inyectables –heroína principalmente-, y de manera general por medio de esta reducción del daño aportar al mejoramiento de la salud pública de la ciudad, evitando la propagación de enfermedades como el VIH y la Hepatitis. Su propósito es el de impactar en los consumidores de droga inyectada por medio de la entrega de parafernalia de inyección y de atención psicológica para que esta persona pueda seguir consumiendo pero de una manera responsable que no afecte su vida, ni la de los otros.

2.2.2 Sujetos que intervienen

Actualmente el equipo del programa se encuentra integrado por un coordinador técnico, que se encarga de lo logístico del programa; una psicóloga de planta y otra psicóloga que apoya el programa, que se encargan de la atención psicológica; una coordinadora de tratamiento comunitario, a la que le corresponden la creación y fortalecimiento de redes comunitarias; y un coordinador de pares, que le corresponde atender los usuarios y entregar y recibir el material de

¹⁸ Consolidado histórico Reducción de Riesgos y Daños. Agosto 2018.

inyección. Cada uno de estos funcionarios tiene unas funciones claras según su rol para poder llevar a cabo la intervención.

2.2.3 Sujetos que son intervenidos

Los sujetos intervenidos por el programa son personas consumidoras de drogas inyectadas principalmente que consumen heroína, son hombres en su mayoría, aunque el número de mujeres ha ido en aumento con el paso de los años. El 90% son habitantes de calle, el restante, son casos de personas habitantes en calle y con hogar definido. Son personas en edades variadas, aunque el promedio de edad está entre los veinte hasta lo treinta, teniendo casos de menores y de personas por encima de los 30 años. Para el año 2018 habían 882 usuarios, actualmente superan los 1000. Los sujetos intervenidos son personas de la ciudad de Cali, pero también de otras ciudades y de otro país como por ejemplo Venezuela.

2.2.4 Recursos que son movilizados

El proceso de intervención que es llevado a cabo por el programa tiene como fuente de financiamiento principalmente los dineros destinados por parte del Estado al programa, por medio de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, por otro lado el programa ha tenido apoyos de financiamiento por el Fondo Nacional de Estupefacientes y de Ministerios, actualmente también reciben apoyo de Open Society Foundation. En general lo que respecta a los recursos el encargado principal siempre ha sido la Secretaría de Salud la cual gestiona, recibe, unifica y entrega los recursos necesarios del programa.

2.2.5 Estrategias (y actividades) de intervención

“Luego llega un joven que no es PID pero se fuma la heroína, trae al programa a otro que se inyecta, el que no se inyecta dice que lo trae ‘para que no se ponga a compartir jeringas’, Pedro le explica para qué es el programa, le cuenta que lo que buscan es que no compartan jeringas, que la idea es que las traigan, pero le dice ‘si no traes igual te damos, porque a veces se las quitan los policías, se las pilla la cucha o se las roban’, le dice que le enseñe los brazos para ver dónde se inyecta, luego le explica qué es y cómo usar cada elemento del kit, y le entrega el material de inyección, le cuenta cómo funciona el programa y le dice que hay servicio de psicología ‘para cuando necesite hablar, (..) Ahí está a su disposición’. Después de esto comienzan a hablar los tres sobre el compartir jeringas, Pedro dice ‘los otros no saben que enfermedades puede tener uno’, el que no es PID dice eso sí que se ve en la olla, el compartir jeringas, por eso lo traje, porque es mi parcero’, Pedro le dice ‘a todos esos mándemelos pal local’, le dice al nuevo que no vaya a usar una jeringa usada por más coliquiado que esté y que tampoco vaya a dar su jeringa a otro por más coliquiado que esté el otro. ‘todo el que se inyecte me lo manda para acá’.” (06-11-18 observación propia, d9)

Con la ilustración anterior sobre la llegada de un nuevo PID al programa se pueden identificar las principales estrategias y actividades que se manejan en el programa de Reducción de Riesgos y Daños con base en las necesidades de la población objetivo y con la meta de reducir

los riesgos y daños en las personas que se inyectan drogas, - el caso puntual de la heroína- a lo largo de su implementación y desarrollo en la ciudad de Cali.

Como se aprecia en la viñeta, el objetivo es el de proveer de material higiénico de inyección a las personas que se inyectan drogas con el fin de evitar la propagación de enfermedades por el uso compartido de jeringas, el programa plantea tres vertientes de estrategias que recogen su accionar, la primera de ellas es la estrategia de la provisión del material higiénico de inyección; la segunda estrategia es el apoyo psicosocial para las personas que se inyectan y la intervención en las comunidades impactadas; y la última estrategia tiene que ver con la articulación con servicios de atención en salud y social, activación de rutas y seguimiento de casos, son estas tres estrategias las que enmarcan el trabajo del programa.

Con respecto a **la primera estrategia**, la estrategia de provisión de material higiénico de inyección esta comprende la preparación de kits y entrega de los mismos, la entrega al usuario con unas pautas establecidas que permiten la distribución del material, la recolección de los desechos, de las jeringas usadas, la estrategia ayuda a que la disminución del riesgo funcione, puesto que la idea de traer jeringas usadas genera las dinámicas necesarias para cumplir el objetivo del programa; por último la estrategia recoge también lo que es el traslado de los desechos lo que brinda seguridad a la sociedad en general, debido a que estas jeringas ya no terminarán en las calles.

“Estrategia provisión de material higiénico de inyección. Actividades: 1.1 Preparar los kits de acuerdo a los elementos que se concierten con el Min. De Justicia, en bolsas para entrega personal a los usuarios. 1.2 Entregar los kits a los usuarios en los puntos geográficos y horarios indicados por el Min Justicia. Adelantar el registro de entrega de material. 1.3 Recolección de material de desecho. 1.4 Realizar el traslado de los desechos de acuerdo con el procedimiento para la gestión de residuos hospitalarios y similares dispuestos por las Secretarías de Salud” (*Informe final Ministerio de Salud: 2016: hoja1*).

Para cumplir con la primera estrategia la entrega y recepción de material debe cumplir unas pautas, se da en un horario establecido de lunes a viernes de 8am a 1pm, los usuarios deben entregar las jeringas con la aguja, y el usuario sea el que las deposite en el lugar que se le indica (guardián) y cuando se le indique hacerlo, cuando el encargado esté observando la acción de depósito, que se den una cierta cantidad de jeringas según la cantidad que el usuario traiga a devolver, por ejemplo si trae una se le dan dos, y si es fin de semana se le dan tres por día pero pueden ser más dependiendo de si el usuario trae más de una jeringa, esto está especificado y visible para que los usuarios lo tengan en cuenta. Otra pauta es la de llevar un control de las personas que reciben, dar código o nombre para ser atendido y registrado en una base de datos donde se deja constancia de lo depositado y lo entregado. Estas reglas permiten la distribución del material, la recolección de los desechos de las jeringas usadas y que la estrategia de entregar y ayudar a la disminución del riesgo funcione.

Con respecto a esas pautas y reglas establecidas para el funcionamiento de la entrega de material higiénico y la recolección del material usado se puede apreciar que unas de ellas se cumplen y otras no, en el caso de la entrega en el horario establecido, las excepciones que se presentan son debido a actividades por fuera y que requieren de la presencia de todos los integrantes del equipo, por tanto estos acomodan los tiempos de atención que son avisados con anterioridad a los usuarios, pero como los usuarios no van todos los días, hay unos que no se enteran de los cambios y encuentran cerrado el espacio, lo que genera una especie de reclamo al personal y también de inquietud de los usuarios, con frases como por ejemplo “yo vine ayer y estaba cerrado”, “¿Por qué no abrieron ayer?”.

La entrega de jeringas con agujas es algo que los usuarios tienen claro, aunque en las excepciones que se presentan, el encargado de recibir, permite que se echen al guardián o no. En la acción de depositar en el guardián, se cumple el hecho que sean los usuarios que depositen sus desechos, pero en ocasiones introducen la mano y esto no está permitido debido al riesgo de punción. Con respecto a introducir las jeringas cuando se les ordene, la cuestión es complicada debido a los afanes de los PID por recibir, por calmar su cólico, por eso lo hacen rápido y sin esperar la indicación, lo que genera que el encargado tenga que creer cuando el PID dice cuántas trajo porque no se alcanzó a ver cuántas depositó, para esto el encargado recalca a los usuarios que esperen y advierte darles menos si lo siguen haciendo, pero de una amenaza no pasa, ya que por lo general los usuarios están conscientes de las normas y que deben esperar.

La regla que tiene que ver con la cantidad de jeringas traídas y entregadas es de las que menos se cumple y tiene que ver mucho con la relación establecida entre quien despacha y recibe, en quién es el usuario, puesto que a pesar de que hayan unos números establecidos recae mucho en el encargado de determinar si se dan más jeringas de las que corresponde, si se hace un adelanto porque el usuario no puede venir al otro día, si da más de las cuatro permitidas por día, es una dinámica que se puede catalogar como subjetiva aunque esté anclada a datos específicos y que se tienen que cumplir. La relación que establece el encargado con los PID, la cual se puede catalogar como una relación informal y de negociación, es muy determinante para que no se cumpla la norma en este caso y se le dé más de lo que está determinado.

Otra de las reglas establecidas concerniente a la relación de los funcionarios y los PID en sus interacciones es que no está permitido comprar ningún elemento a los PID, ni darles dinero, esta regla es infringida porque en ocasiones el encargado del espacio, debido a la interacción que tiene con los PID, a las relaciones que va entablando al tener que atenderlos, termina colaborándoles a los PID.

“En medio de eso llegó un PID, lo atendió y le pidió “una luka” para gasolina para trabajar, Pedro le dio mil pesos, luego llegó otro y también le pidió pero prestado, no le dijo para qué, entonces Pedro le dijo que no, que no tenía, pero le dijo que él sabía cómo ayudarlo, en medio de eso sacó de una alacena un paquete de limas, se las dio y le dijo, que con eso conseguía la plata, el señor agradeció y se fue.” (04-10-18 observación propia d2).

Continuando con la provisión del material higiénico de inyección, que es la estrategia principal, el programa ha desarrollado unas formas de proceder que hacen que la estrategia se desarrolle y se cumpla. Para la provisión de los kits, el equipo del programa se encarga de preparar los materiales, que contienen jeringas, filtro (bola de algodón), agua esterilizada, toalla de alcohol, curas si hay en el momento, condones si el usuario lo necesita, también están establecidas las cazoletas pero estas no son dadas puesto que no hay y torniquetes que no los incluyen pero cuando un usuario pregunta le dan un guante para que le sirva de torniquete. Anteriormente eran entregados a los usuarios material por material, actualmente se entrega el kit en bolsas de papel, por tanto la persona encargada de esta tarea es quien arregla y despacha; para la distribución el usuario tiene un código, por ejemplo JS080989 o JR200689¹⁹, que es entregado en un proceso de acogida o es atendido con el nombre completo, eso sí, luego de que el encargado se cerciore de que efectivamente es una persona que se inyecta drogas, esto permite llevar el control y el conteo de personas y materiales:

“Pedro le decía ¿código? O empezaba diciendo letras y ellos completaban con números, después de varios minutos de poner atención a lo que decían, le pregunté a Pedro qué significaba y si a cada uno se le asignaba uno, pues cada vez que llegaba uno, en una hoja de Excel, unas listas, Pedro los buscaba y consignaba cuánto entraba y cuánto salía, le pregunté sobre el código y Pedro me dijo que eran las iniciales del nombre y apellido, y el número equivalía a la fecha de nacimiento de cada PID”. (27-09-18 observación propia d1).

El código o el nombre del usuario para ser atendido y registrado es fundamental en el proceso de provisión del material puesto que se lleva un control diario de lo que se entrega, esta regla se cumple puesto que a ningún PID se le entrega material sino es registrado, pero todos los PID deberían tener un código, por problemas infraestructurales el espacio no cuenta con internet por eso no se ha realizado proceso de acogida, lo que quiere decir que no se asigna código -el que consiste en las iniciales y la fecha de nacimiento del usuario- y se tienen que atender con nombre completo después de que el encargado se cerciore de que es un PID, hay muchos usuarios que no tienen código. La base de datos donde se consigna el material entregado y recibido es una hoja de Excel en la cual el encargado ingresa por día los nombres y códigos, la cantidad de jeringas que dan y que reciben y la cantidad de los otros materiales que componen el kit. La entrega se tiene que hacer con el uso de guantes, pero por lo general la persona no los usa y si lo hace en casos esporádicos o cuando alguien lo reemplaza, ese otro si los usa.

Aparte de esto la distribución se desarrolla con una dinámica de tolas, que indica a cuántas se tiene derecho por persona, día y cantidad que traiga a desechar:

-Pedro le dice a un PID “cuatro tolas te alcanzan pa todo el día, cuatro vea (apunta a las instrucciones de la pared)”.

-“Otro PID que entra le pide a Pedro que le dé las del fin de semana que porque él mañana no viene a la olla, Pedro le dice que le va a dar las 12, las del día, y 9 del fin de semana, el PID le dice que

¹⁹ Ejemplos de códigos dictados por usuarios en medio de la atención, trabajo de campo.

sí, entonces Pedro le dice que ya sabe que tiene que traerlas el lunes, entonces él dice “yo sé, no ve que me castigó la otra vez”, recibe y se va.”(18-10-18 observación propia d4)

En medio de la atención para proveer material existen unas normas que permiten el funcionamiento de la entrega de una manera que todos puedan acceder al servicio, para ejemplificar este punto, podemos traer a colación algunas de ellas para poder recibir el material, el usuario debe respetar el personal, el orden de llegada, no traer visibles las jeringas, esperar a que se le indique que las puede depositar, entre otras.

- Llegó un PID y de una echó las jeringas, Pedro estaba ocupado, entonces Pedro le preguntó “¿cuántas trajo?”, entonces el PID dijo que tres, Pedro le dice “si yo no veo, CERO, tiene que esperar que yo le diga ‘échelas’”.

La última actividad que tiene que ver con la estrategia de provisión de material higiénico es la del desecho del material, el cual como ya se dijo anteriormente es traído por los usuarios y es depositado en un guardián, que evita las punciones de las personas que recogen el material ya usado. El desecho está a cargo de la SSPM la cual recoge el material y con base en la información de lo que se desecha se hace control por medio de un grupo de gestión del conocimiento.

IMAGEN 2. LAS NORMAS DEL PROGRAMA



Fuente: Elaboración propia.

La segunda estrategia se basa en el apoyo psicosocial para las personas que se inyectan y la intervención en las comunidades impactadas:

“Estrategia de acompañamiento psicosocial para las personas que se inyectan drogas e intervención en las comunidades impactadas. Actividades: 2.1 Apoyo a la implementación de un punto fijo para información y/o orientación de los usuarios. 2.2 Identificar la oferta educativa, cultural, lúdica y artística del territorio, que pueda ser pertinente para la población objeto. 2.3 Desarrollar un cronograma de actividades educativas, culturales, lúdicas, artísticas que promuevan la integración social de los usuarios. 2.4 Brindar acciones pedagógicas para generar hábitos de autocuidado para

la prevención de consecuencias negativas del consumo al 100% de los usuarios, a través de la enfermera y el equipo de profesionales. 2.5 Diseñar la propuesta de material pedagógico de reducción de riesgos y daños que sea pertinente para la población usuaria. 2.6 Producción y distribución de materiales pedagógicos de RRD 2.7 Realizar las asesorías pre y post pruebas de VIH y Hepatitis de acuerdo con el lineamiento técnico de las Secretarías de Salud. 2.8 Realizar jornadas informativas y de sensibilización permanente con las comunidades, autoridades locales y otros actores identificados, de común acuerdo con las secretarías de salud y el ministerio de justicia y del derecho.” (*Informe final ministerio de salud: 2016: hoja1*).

Esta estrategia tiene su énfasis en la atención psicosocial de los usuarios del programa los cuales por medio de la psicóloga puedan ser escuchados, aconsejados y orientados a posibles soluciones de sus problemas. La atención se convierte en un espacio de escucha y de acompañamiento a casos, puesto que por las características de la población, el consumir droga, el habitar en calle o el ser habitante de calle, trae muchas situaciones que son apoyadas por el programa. Esa atención se lleva a cabo a través de un encuentro usuario-psicóloga, donde el usuario pide la atención, en el caso en el que la psicóloga lo pueda atender de inmediato y el usuario lo desee se hace la atención, sino, se agenda una cita, en algunos casos los usuarios tienen una continuidad en usar el servicio con recurrencia. Aunque en ocasiones los usuarios necesitan la atención y la psicóloga no pueda hacerlo de inmediato, muchos de ellos se molestan y se van, a parte la atención solo se puede hacer cuando el usuario no esté drogado, también hay casos en que la psicóloga les dice que los atiende pero ellos en su afán y necesidad de drogarse, lo rechazan y lo postergan, lo que impide que se desarrolle el trabajo de la manera en que debería realizarse. La divulgación o difusión de este servicio se da de dos maneras, que entre los mismos usuarios se comente el tema de que los escuchan o que la persona encargada de despachar los kits recuerde a las personas que se cuenta con un espacio para ser escuchados.

“cuando quiera y necesite hablar con la psicóloga me avisa (...) ahí está a su disposición, porque a veces uno amanece triste, aburrido, deprimido, entonces arrime a hablar con la psicóloga”. (*04-10-18 observación propia d2*)

A parte de la atención de la psicóloga, existen otras formas y acciones dentro de la estrategia que permiten atender a los usuarios, como lo es brindar información acerca de la inyección segura, de cómo inyectarse para no afectar su salud, en especial la salud de su piel y venas, por medio de la persona encargada de despachar los kits, este les explica cómo deben hacer, es decir alternación de venas y brazos para evitar que estas mueran o se formen lesiones en la piel. Estas explicaciones e informaciones se dan en el contexto de la entrega del material, donde los usuarios se cuestionan acerca de si algo es verdad o no con respecto a la inyección o cuando el encargado le ve los brazos a un PID que llegó, entonces procede a explicarles por ejemplo que hay que inyectarse desde lo más lejos del corazón e ir subiendo, que hay que usar el filtro para evitar mugres y taponamientos, etc. Todas estas explicaciones no se dan siempre, ni con todos los usuarios. El encargado también explica el uso de los componentes del kit haciendo énfasis en el uso de todos para que el proceso sea seguro, con el fin de que se dé un autocuidado por parte de los usuarios y puedan replicar lo que se les enseña como ya se señaló esto no sucede siempre, ni

con todos los usuarios y depende mucho de la persona encargada, de si le nace hacerlo en el momento o depende también de que el encargado vea que algo no se está haciendo bien, algunas veces lo hace con mucho entusiasmo otras solo entrega y ya.

Estas dos formas de la estrategia se refuerzan con material comunicativo dentro del establecimiento, donde en piezas ilustradas se muestra la información sobre inyección segura y drogas, las cuales se convierten en puntos de atención de los usuarios que mientras esperan ser atendidos y recibir sus kits, leen y miran las piezas que se disponen en el espacio. Hay que aclarar que las piezas comunicativas están dispuestas en el lugar, que no se les dan a los usuarios debido a que muchos de ellos consumen y en sus casas no saben, por ende las piezas pueden ser vistas y así el usuario ser descubierto. El material, es muy visual, lo que facilita la atención, a parte con ilustraciones es mucho más fácil entender el mensaje que quieren expresar, el impacto que tiene el material comunicativo es efectivo solo en la medida en que el usuario se acerque y no tenga cólico, no tenga afán de ir a trabajar, porque de lo contrario las piezas quedan como simples adornos, puesto que los trabajadores tampoco se encargan de promocionar las piezas que están en el espacio, de invitarlos a leer o a que miren al menos. Las piezas comunicativas también hacen parte del proceso de promoción por fuera del espacio por parte del coordinador, que con las piezas comunicativas ejemplifica a las instituciones una de las estrategias del programa.

“Mientras Pedro atiende, Esteban habla y les da a las señoras unos afiches”, situación en la cual Esteban da una reunión a unas señoras que vienen de Candelaria a conocer sobre el programa, en esta reunión Esteban les da unas piezas comunicativas sobre inyección segura a las señoras. (15-11-18 observación propia. D11)

Otras acciones que componen la estrategia del apoyo psicosocial tienen que ver con la oferta de actividades pedagógicas y artísticas para los usuarios, estas actividades son llevadas a cabo por los mismos beneficiarios y por el personal del programa, aunque cuentan con dificultades debido a la falta de constancia en la participación y por el consumo de la heroína y el síndrome de abstinencia. Las dificultades radican en el hecho mismo del consumo de drogas, debido a que los usuarios presentan síndrome de abstinencia hace que no se involucren y que cuando van al espacio, solo van por las jeringas para salir de inmediato a inyectarse, también debido a la drogadicción su noción del tiempo falla y no llegan el día en que se citan las actividades. Otro problema es la falta de constancia en la participación por las diferentes situaciones de la vida de los usuarios y su interés puede que un día asistan y al próximo día no, sin embargo se dan los espacios para que los interesados participen, ejemplo de estos son clases de dibujo, talleres para hacer manualidades de navidad o el muro “exprésate” donde los PID pueden plasmar lo que quieran o pueden responder a lo que el muro requiera. En términos generales estas actividades no tienen un gran impacto puesto que se dificulta mucho el trabajo con los PID, es muy complicado despertar el interés y encontrar los tiempos y las actividades que se desarrollan son llevadas a cabo por los usuarios y las psicólogas, actividades fáciles de realizar pero que quizás no son lo suficientemente propicias para la población y sus particularidades.

“Mientras entra hablar con la psicóloga, en el espacio hay otro PID que está pintando en el muro, dice que pintó un paisaje porque le acuerda a su infancia, aunque la pregunta del mural es ¿para ti qué es el barrio Sucre?” (31-10-18 *observación propia d7*)

“El día de hoy hay un aviso en la pared, justo al lado de la explicación de entrega de tolas, que dice ‘el martes 6 de noviembre, 10 am clase de dibujo’, luego pregunté quién lo iba a dar y me dijeron que un usuario, ‘el que dibujó el demonio que está ahí en el centro’ –en el centro del muro-.” (02-11-18 *observación propia d8*)

Dentro del apoyo psicosocial también se encuentra la cuestión de apoyar al usuario en la práctica de exámenes médicos concernientes a enfermedades como VIH, hepatitis, tuberculosis y en realizar asesorías pre y pos pruebas médicas, orientación al usuario y la integración a rutas de atención de ser positivos los resultados, por ejemplo el caso de unos PID a los cuales se les realizó la prueba de tuberculosis y la psicóloga era la encargada de comunicar los resultados, en este caso ninguno salió positivo, pero ya había otro PID positivo, que va al espacio, pregunta por citas, pide tapabocas y la psicóloga se comunica con sus familiares. A pesar del ofrecimiento y la ayuda, la dificultad radica en las barreras de acceso a los servicios externos de salud puesto que la condición de habitante de calle, el consumo de la droga y las pocas redes de apoyo que no saben cómo atender a estar personas, obstaculizan la atención, pero también las mismas personas, los mismos usuarios ponen barreras para su atención, son ellos los que por la abstinencia por ejemplo no van a que los atiendan, no se dejan ayudar. Esta parte de la estrategia logra tener un impacto siempre y cuando se den los exámenes y haya una colaboración triple, de parte del usuario, del equipo y de las instituciones externas, pero el mayor problema radica en la institucionalidad, debido a que no hay una atención diferenciada y especial a este tipo de población y si la persona del programa no está en permanente relación o en el seguimiento del caso, lo más probable es que no se desarrolle la ruta de atención.

Otro punto de la estrategia es brindar información a los usuarios de qué hacer en caso de sobredosis, las personas del programa se encargan de explicar lo que se puede y no se puede hacer cuando una persona entra en sobredosis, ellos indican que también los pueden llamar a ellos para socorrer a una persona que esté en esa situación, puesto que cuentan con medicamento que ayuda a contrarrestar o para combatir la intoxicación por opiáceos. En algunos casos también son llevados al espacio del programa personas que se han inyectado, no llegan a la sobredosis pero están muy mal, entonces en el programa se les presta atención a las reacciones que puedan tener. Junto con la acción de ir a socorrer, también está la acción de hacer recorridos en la calle para conseguir información sobre usuarios en particular, para dar información y para atender usuarios, aparte de eso los recorridos permiten comunicar el mensaje del trabajo que se realiza y así atraer más usuarios al programa.

“Las dos psicólogas salen con un usuario que lloraba, se van a la calle a buscar un número de teléfono para algo del usuario y se van al Obrero para que lo atiendan pues una de sus piernas está herida.” (02-11-18 *observación propia d8*)

En la acción de brindar información al usuario como ya lo indiqué anteriormente, el programa también se preocupa por las relaciones sexuales de los usuarios, teniendo como bandera el uso del condón para evitar la propagación de enfermedades de transmisión sexual, el sexo seguro es una de las apuestas, por tanto se emplean piezas comunicativas en el espacio, ofrecimiento y entrega de preservativos para el usuario que lo desee, esta acción se realiza preguntándole al usuario si necesita condones, en los casos donde la respuesta es positiva, hay un número determinado de cuántos entregar de dos a tres por personas, aunque existen casos en el que el usuario pide más y reside en el encargado de darle más o no hacerlo, por lo general siempre cede a la petición del usuario. Con respecto a este punto también hay un control acerca de la cantidad que se entrega por persona, esa información queda registrada en la base de datos de la hoja de Excel donde se diligencia lo que se entrega y se recibe.

La última actividad que hace parte de la estrategia de la atención psicosocial y la intervención en las comunidades impactadas es la de realizar jornadas informativas y de sensibilización con la comunidad y autoridades locales para que estos sepan que existe el programa, cómo funciona y aparte de eso saber cómo tratar y actuar frente a los usuarios. Estas jornadas y actividades se generan también con el fin de promover el apoyo y la participación institucional y para tratar de que en las diferentes instituciones se dé un enfoque especial a este tipo de población que tiene unas características muy propias. Estas actividades de información y sensibilización tienen dificultades que radican en las relaciones y el acercamiento con otras instituciones, debido al interés frente al tema.

“Otro policía pregunta sobre qué hacer con los que tienen capturados, entonces Esteban les explica que como ellos ya tienen el síndrome de abstinencia entonces se la van a pasar defecando y vomitando, con sudor y malestar, entonces dice que a ellos hay que darles metadona, suministrarle heroína o dejarlos en libertad, de lo contrario ellos van a seguir con los mismos síntomas, entonces otro policía pregunta que qué hacen, qué con quién hablan, entonces Esteban le dice que les dan el número y cualquier cosa los llamen, Esteban dicta el número.” –Capacitación dictada a policías estación de Fray Damián”. (09-10-18 observación propia d3)

La última estrategia tiene que ver con la articulación con servicios de atención en salud y social, activación de rutas y seguimiento de casos, está muy relacionada con los puntos sobre “las asesorías pre y post pruebas de VIH y Hepatitis de acuerdo con el lineamiento técnico de las Secretarías de Salud” de la estrategia número dos:

“Actividades: 3.1 Participar en los espacios y procesos de sensibilización que sean convocados, 3.2 Realizar las derivaciones de los casos que lo requieran, 3.3 Hacer seguimiento permanente al desarrollo de los casos derivados, 3.4 Participar en las reuniones de articulación con la red de servicios, brindando toda la información de la estrategia.” (Informe final ministerio de salud: 2016: hoja1).

Esta estrategia consiste en hacer alianzas con instituciones de salud que puedan atender a los PID en los casos que sean necesarios y se dé una orientación sobre aquellos lugares específicos de atención para este tipo de población según las necesidades que tenga.

“PID tiene un ojo con conjuntivitis o alguna infección, Pedro le dice que no se toque el ojo, que use una servilleta y que le dé un solo uso, le dice que vaya al Obrero, que pregunte por Ariel y que le diga que va del programa de jeringas y que si no tiene papeles que pregunte por la trabajadora social.” (02-11-18 observación propia d8).

La explicación y la ayuda para la activación de rutas de atención también hace parte de los actividades para atender a los usuarios, la comunicación entre el personal del programa con las instituciones es indispensable para que se lleve a cabo la atención y para que se dé una divulgación del programa. Otra de las actividades es la activación de casos que lo requieran y el seguimiento a estos, un ejemplo de esto es el caso del PID con tuberculosis, el cual por medio de la psicóloga, se hace el puente para que sea atendido y para que su tratamiento por fuera del hospital sea llevado a cabo.

“Raquel estaba atendiendo a un PID, entonces sale y se encuentra con Ramón lo saluda, Ramón está hablando de cómo le ha ido en el medico, luego Raquel se va con Ramón, ella se pone su chaleco y se va, antes de esto, Pedro sale del mostrador le acomoda el tapabocas y la gorra a Ramón. Raquel vuelve con Ramón, resulta que estaban consiguiendo el número de la hermana de Ramón para un tratamiento en casa que él necesita, lo consiguieron, Raquel y Pedro hablan con Ramón y le dicen que lo que tienen que hacer es hablar con Esteban para dar la capacitación a un familiar para suministrarle el medicamento, dicen que deben tener el medicamento en el local para dárselo en semana y que los fines de semana ya es responsabilidad de Hugo, que tendría que mermarle al consumo y tratar de inyectarse solo con cólico y solo diez rayas.” (18-10-18 observación propia. d4)

Por otro lado las alianzas y las conexiones también giran en torno a instituciones sociales, del estado que permitan la atención de los usuarios en situaciones que lo necesiten:

“Una mujer se encuentra hablando con Victoria, después de que le contó su situación, Victoria le recomendó que fuera a Casa Matria y como ella se encuentra sin empleo también le cuenta sobre algo de empleo en el sector de Aguablanca”. (27-09-18 observación propia d1)

Es por medio de estas tres estrategias y sus actividades que en el transcurso del programa, desde su inicio hasta el día de hoy, se ha realizado un trabajo en pro de aportar a la salud y calidad de vida de las personas beneficiarias, pero también el mejoramiento del entorno y de la comunidad.

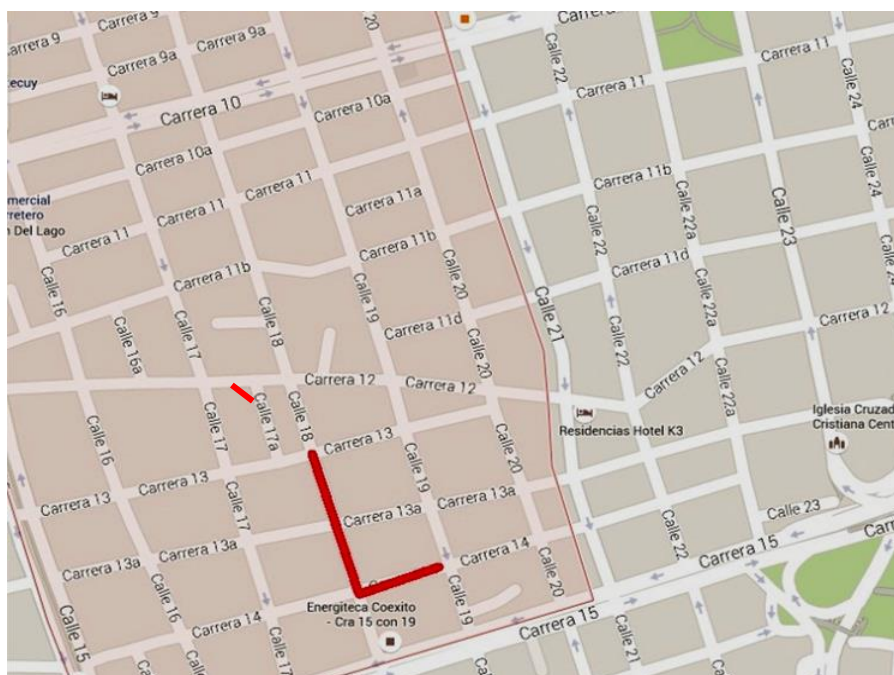
2.2.6 Contextos de acción

El expendio y el consumo de drogas inyectables como la heroína se lleva a cabo principalmente en el centro de la ciudad de Cali, específicamente en el barrio Sucre en la comuna 9. El barrio Sucre está comprendido desde la carrera 15 hasta la carrera 8a, con calle 15 hasta la calle 21, en el pasado junto con el barrio Obrero fue considerado como la “zona de tolerancia” de la ciudad.

Hoy por hoy, dentro del barrio Sucre en la calle 18, entre las carreras 13 y 14, en alrededor de dos cuadras se encuentra un sector conocido y llamado como ‘La Calle del H’ donde consumen y venden sustancias psicoactivas:

“En este espacio de aproximadamente dos cuadras se pueden encontrar personas inyectándose y fumando pipa (práctica conocida como “balazo”) en la vía pública. Igualmente se pueden encontrar diferentes edificios de habitación (amoblados) o piezas de alquiler, que los usuarios alquilan para consumir. Además, se presenta como un sitio de tránsito, pero no de consumo, para quienes prefieren comprar la sustancia, pero consumirla en otro espacio, por fuera del sector”. (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017: 57*).

IMAGEN 3. LUGARES DE CONSUMO DE INYECTABLES EN EL SECTOR DEL BARRIO SUCRE



Fuente: Documento caracterización previa al diseño e implementación de un PAMHI Cali (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017: 58*)

El consumo de estas sustancias en el barrio Sucre, se lleva a cabo principalmente en las esquinas, en el suelo, sobre los andenes, en espacios en ruinas como por ejemplo casas destruidas, pero ese consumo sucede también en medio de viviendas, residencias, de espacios para el reciclaje, talleres de mecánica y en establecimientos comerciales como tiendas. Los habitantes de estos espacios, ya se han acostumbrado y adaptado a las prácticas de consumo realizadas en el lugar y han entablado relaciones con este tipo de población consumidora, entran en una especie de dinámicas donde se tolera al otro a cambio de que no se le haga nada al que vive ahí, que no se roben las cosas públicas que permiten el funcionamiento del espacio, una especie de relación “tú me das, yo te doy”: “El entorno es tolerante con el consumo de psicoactivos en general y existen acuerdos no formales de cuidado del sector donde los consumidores que permanecen ahí vigilan que no se roben tapas de alcantarillado o tendido eléctrico.” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS/CAMBIE: 2016: 30*).

IMAGEN 4. ZONA DE CONSUMO “CALLE DEL H”



Fuente: Documento caracterización previa al diseño e implementación de un PAMHI Cali (Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS/CAMBIE: 2016: 29)

El programa de Reducción de Riesgos y Daños desde su inicio en la ciudad de Cali se ha encontrado ubicado en el centro de la ciudad, más precisamente en la comuna 9, el barrio Belalcázar en la carrera 15 # 17-68. Su ubicación es estratégica puesto que queda en frente del barrio Sucre, porque es cercano a ‘La Calle del H’, lo que permite que las personas que se inyectan drogas (PID), pasen de la zona de compra y consumo, reclamen los materiales de inyección y los utilicen. El programa se encuentra sobre toda la carrera 15, una vía importante del centro de la ciudad, al encontrarse sobre toda la carrera comparte espacio con muchos negocios comerciales, entre los vecinos del espacio se encuentran talleres mecánicos, y almacenes de suministros mecánicos - venta de partes -repuestos- de motos y carros-, moteles y droguerías.

Caracterización del espacio

El espacio en el cual funciona el programa de Reducción de Riesgos y Daños, se encuentra ubicado en un garaje y casa - los cuales se conectan interiormente- del barrio Belalcázar. Antes de ser arrendada para el funcionamiento del programa el predio era una vivienda familiar, la cual se tuvo que adecuar para poder llevar a cabo el trabajo de una manera segura, aséptica y estratégica. El espacio está diseñado de tal manera que las diferentes actividades que realizan quedan separadas, pero sin perder conexión con todo el espacio.

El espacio se encuentra dividido de tres maneras: en una parte exterior: garaje, un interior: la casa y un punto de conexión entre los dos primeros: una sala o hall.

El exterior, hace parte de la actividad principal del programa, puesto que es llevada a cabo en el garaje de la casa y es el lugar en el que se encuentran los PID y encargado para la entrega y recibo de materiales. El garaje está dispuesto para que se dé el proceso de acceso a material de inyección higiénico, cuando el PID entra al garaje se encuentra con una especie de mostrador, de escritorio, donde detrás de este está el encargado de registrar el material que entra y sale; insertado en este escritorio se encuentra acomodado el guardián de seguridad para depositar los desechos de riesgo biológico, justo al lado del computador donde se lleva el registro, la parte interna el mostrador cuenta con compartimientos en los cuales se depositan materiales nuevos para ir sacando cuando se acaben los que hay.

En el espacio que queda detrás del escritorio se encuentra una mesa que contiene cajas y recipientes de plástico donde están los materiales de inyección para entregar, esta mesa está al lado de la silla del encargado. Detrás de la silla, se encuentra un ventilador con el fin de evitar que virus y enfermedades que lleguen a afectar al encargado y a quién se encuentre en el espacio y un garrafón de agua en un dispensador para los PID. En la pared detrás de la silla, se localizan pegadas las normas del lugar, dibujos coloridos y letras visibles para que todos puedan entender qué se puede y qué no se puede hacer y también otras informaciones. A mano izquierda del guardián, el escritorio tiene el acceso de entrada y salida, esa especie de puerta coincide de frente con el pasillo que conduce al adentro de la casa.

Del otro lado del mostrador es decir en la zona para el PID, se encuentra conformada por dos sillas de un lado y arriba de las sillas, en la pared, piezas comunicativas pegadas sobre la droga, el consumo y la inyección y del otro lado está pegado un papel kratf titulado “exprésate” y justo encima del escritorio en ese lado hay un tarro de lápices, colores, marcadores, que los PID pueden usar para escribir lo que desean o responder lo que se propone desde el programa.

El interior se encuentra ubicado en la casa propiamente dicha, cuenta con una puerta de entrada, un pasillo largo, a mano izquierda después de que se entra hay una habitación, que es la conexión con el garaje, seguido de ese hay otro cuarto que es la oficina del coordinador del programa, cuenta con un escritorio y los aparatos necesarios para realizar su trabajo. Luego hay otro cuarto que es utilizado como bodega de materiales, hay una cocinita y un baño para el uso del equipo. En el espacio de pasillo-sala, hay un lavamanos y al lado de este toallas de papel, en la pared hay pegado una cartulina, en la cual se apunta los materiales que se usan, por ejemplo cuántas toallas de papel en el día. Ese espacio del pasillo, es el utilizado por el programa para realizar las actividades pedagógicas con los PID, como por ejemplo hacer manualidades, dibujos, entre otros, se dispone de una mesa en el espacio y allí realizan su acción.

El espacio de conexión entre casa y garaje comienza justo en el pasillo que está en el garaje, en ese pasillo a mano derecha se encuentra un baño y un lavamanos para los PID que lo necesiten, al final del pasillo hay un cuarto el cual tiene salida –o entrada a la casa-, en ese cuarto funciona

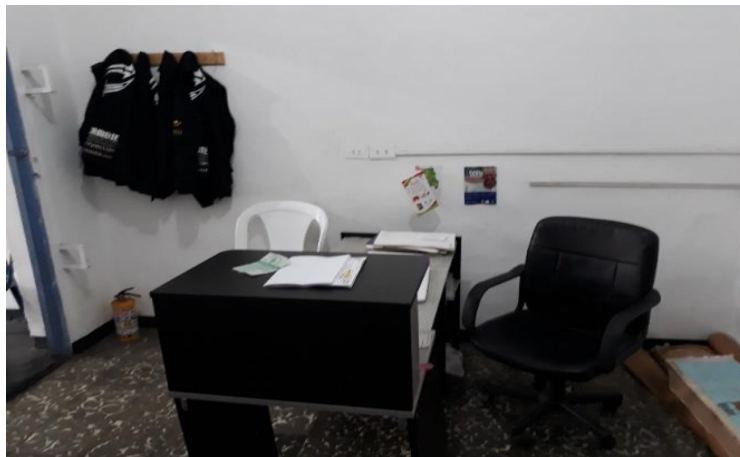
la oficina o el espacio del apoyo psicosocial, en este lugar se encuentran dispuestos dos escritorios uno enfrente del otro, con sus respectivos asientos, en uno de los escritorios se ubica la psicóloga y en el otro la socióloga. El escritorio de la psicóloga puede ser visto desde el garaje, desde los PID, cuando entran a reclamar los kits, lo que hace que desde afuera se vea porque no tiene una puerta. Al contrario en el lado de la casa si hay puerta que separa el pasillo-sala del punto de conexión. Dentro de la oficina, hay también piezas comunicativas pegadas que tienen que ver con las rutas de atención, con programas de la Secretaría de Bienestar Social y hay también una repisa para colocar los objetos personales. Este punto de conexión es el canal de comunicación y de emergencia para cualquier situación que se pueda presentar porque tiene dos accesos uno frontal al garaje y otro lateral a la casa.

IMAGEN 5. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL EXTERIOR



Fuente: Elaboración propia.

IMAGEN 6. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL PUNTO DE CONEXIÓN



Fuente: Elaboración propia.

IMAGEN 7. CARACTERIZACIÓN DEL ESPACIO: EL INTERIOR



Fuente: Elaboración propia.

2.3 ACTORES DEL PROGRAMA

En el programa de reducción de riesgos y daños intervienen una serie de diversos actores que dan el sentido y generan las dinámicas para que el programa funcione y se realice en la ciudad. Con el fin de comprender el accionar y el trabajo realizado, se debe primero tener en cuenta quiénes hacen parte de él y cómo se articulan al programa, es decir, cuáles son sus funciones y sus roles.

Dentro de los actores que convergen en el programa se pueden encontrar los siguientes:

- La SSPM de Cali que es la encargada del proyecto para la ciudad.
- Los funcionarios propiamente dichos que trabajan en el espacio destinado para llevar a cabo el programa.
- Los usuarios o PID que son los beneficiarios.
- Las instituciones públicas y privadas que se articulan con el programa.
- La comunidad que rodea el establecimiento del programa y las zonas de consumo de heroína.
- Los familiares de los usuarios quienes también hacen parte del proceso.

Uno de los actores que enmarca el programa de Reducción de Riesgos y Daños en la ciudad, es la **Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (SSPM)** quien se encarga de financiar y de

dar apoyo técnico al programa, es desde el eje de promoción de la inclusión social, abordaje del consumo de Sustancias Psicoactivas –SPA- y otras dependencias, del área de salud mental donde el programa es pensado, planeado, financiado y llevado a cabo. La SSPM ha estado en el proceso del programa, pero este ha sido operado por otros agentes e instituciones, como por ejemplo la **Corporación Acción Técnica Social**, con quien se empezó el programa en la ciudad, luego entró la Secretaría y también la **Red de Salud del Centro E.S.E.**, es en manos de estas instituciones que el programa a lo largo de su funcionamiento –desde el 2015- ha estado soportado financiera y técnicamente.

Aparte de los actores del apoyo técnico y financiero, están los actores que generan las acciones en el programa y que en conjunto con los beneficiarios generan las diferentes dinámicas que ahí se llevan a cabo. **El equipo de trabajo de Reducción y Riesgos y Daños**, ha estado compuesto por profesionales de diferentes áreas que permiten el desarrollo del trabajo. A lo largo del programa el equipo ha variado, por ejemplo, han tenido comunicador social, psicólogas, enfermera, coordinador de pares, coordinador general-técnico, pero hoy por hoy el equipo está compuesto por un **coordinador de pares** llamado Pedro de 39 años, quien es piloto comercial de profesión graduado en el 2002, en su experiencia laboral se encuentra que trabajó en Coomeva EPS, en una empresa de transporte aéreo de carga y en producción de eventos, está en el programa desde el año 2016, quien tiene las funciones de entregar los kits, de registrar lo que entra y lo que sale con respecto a material, apoyar en la formación e información a los PID, ser “la cara del local”, difundir y sensibilizar sobre el espacio, hacer inventario de los materiales y entregar reportes sobre la entrega del material, hacer capacitaciones de práctica de inyección y atención de sobredosis, apoyar las actividades relacionadas con el local como por ejemplo organizar el espacio, controlar el espacio con respecto a las normas, hacer que las cumplan, otra de sus funciones o de las actividades que realiza es la de escuchar a los PID, recordarle a los PID cosas puntuales como fechas, cantidades, eventualidades, aclararle dudas, entre otras, hacer acompañamiento a usuarios y atención de sobredosis en territorio.

“Apoyo a la formación de pares. Entrega y registro de los kits. Registro del material retornado por los PID. Registro de las actividades realizadas por cada PID en la planilla de registro. Entregar información sobre registro de material mensualmente (los 25 de cada mes). Dinamización la conformación de la red de PID. Actas de actividades de la red y reunión de pares. Acompañamiento actividades red PID. Apoyo a la difusión y sensibilización del Espacio. Hacer seguimiento al inventario y reportar quincenalmente. Atención de sobredosis. Apoyo en las actividades correspondientes a la administración del local.” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017: 7*).

Otro de los miembros es la **psicóloga** del programa, Raquel de 25 años, graduada como profesional en el año 2017 de la Universidad Libre, su primer trabajo es en el programa, aunque mientras estudió estuvo vinculada a proyectos de investigación de la universidad. Ingresó al programa el 20 de noviembre del año 2017. Raquel se encarga de la atención psicológica, de la escucha a los PID, consolidación y puesta en acción de las rutas de atención, la comunicación con

instituciones que puedan ayudar al individuo sea en temas relacionados con la salud, trámites legales, trabajo, entre otros, contactarse con familias de PID en caso de ser necesario, atención a familiares y amigos de PID, atención a casos y seguimiento y atención a sobredosis.

“Realizar acogidas a los usuarios. Atención a familiar y/o amigos de PID. Apoyo en la consolidación de rutas de atención. Apoyo en la elaboración y actualización instrumentos de monitoreo. Apoyo a las actividades del Programa y de la Red PID. Atención a casos y seguimiento telefónico. Apoyo en la gestión del local. Atención de sobredosis.” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017:6*).

El programa también cuenta con el apoyo de otra **psicóloga** que hace parte del equipo, pero que propiamente es la psicóloga del programa piloto de mantenimiento con metadona que hace parte del programa de Reducción de Riesgos y Daños pero está en una fase inicial, de prueba, esta psicóloga era antes la encargada de la psicología en el eje de acceso a material higiénico y desempeñaba las funciones de Raquel. Aunque hoy no lo sea, ella apoya procesos y hace parte de lo que pasa en jeringas, tiene que ir una vez a la semana al local para apoyar en lo que se esté llevando a cabo en el espacio. Es una integrante más en el equipo de entrega de material. Su nombre es Andrea tiene 26 años, es graduada en el año 2016 como profesional en Psicología y Antropología de la Universidad Icesi, trabajó en el Colegio Claret en los proceso de selección de niños y familias y en agosto de 2016 se vinculó al programa.

Por otro lado el programa también cuenta con una socióloga, Victoria de 29 años, quien es graduada de la Universidad del Valle en el año 2015, trabajó en Corporación Viviendo desde el año 2012, comenzó sistematizando y encargada de informes y de documentación de la corporación, luego pasó a coordinar centros de escucha y en agosto de 2018 se vinculó al programa debido a que Corporación Viviendo entró a operar el programa de RRYD y para continuar haciéndolo requerían un enfoque comunitario y ahí surgió el rol de Victoria, quien se encarga de la relación entre la comunidad y el programa, su rol es de **coordinadora de tratamiento comunitario** donde debe diseñar y desarrollar una estrategia de abordaje comunitario y de hacer un análisis de las redes que tenía el programa, de las redes institucional, de las red de recursos comunitarios, de la red operativa, de la red subjetiva y hacer un plan de mejoramiento para esas redes.²⁰

El último integrante del equipo es el **coordinador técnico**, llamado Esteban de 29 años, graduado como sociólogo, con especialización en procesos de intervención social de la Universidad del Valle y quien se encuentra terminando una maestría en salud pública en la misma universidad. En su experiencia laboral se encuentra que trabajó en la universidad en proyectos de investigación, también en Corporación Viviendo primero como coordinador de sistematización y luego como coordinador de centro de escucha, en 2015 comenzó con el diagnóstico del programa, de la población inyectora de la ciudad y a finales de ese año comenzó como coordinador del programa de RRYD. Esteban se encarga como su nombre lo indica de coordinar el programa, de

²⁰ Información sobre las funciones provienen de la entrevista realizada a ella porque no se pudo tener acceso al documento donde se consignaran sus funciones y cargo.

generar alianzas y convenios con instituciones, de llevar y difundir el programa, “la cara institucional”, es el encargado de relacionarse con la SSPM y gestionar los recursos necesarios para el programa según las necesidades que se presentan, en sus labores iniciales está la de acompañar el equipo, supervisión, diseño y seguimiento de estrategias comunicativas, asesorías externas y atención de sobredosis.

“Diseño del Programa. Acompañamiento al equipo de trabajo. Elaboración de protocolos y herramientas de recogida y sistematización de información. Seguimiento al suministro de material higiénico de inyección. Monitoreo a la implementación de la Estrategia. Supervisión de las formaciones en Técnicas de inyección higiénica y prevención y manejo de sobredosis. Articulación institucional. Diseño y seguimiento estrategias comunicativas. Evaluación continúa del programa. Asesoría externa. Formaciones a equipo. Atención a familiar y/o amigos de PID. Asistencias técnicas. Atención de sobredosis.” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017:5-6*)

El tercer actor del programa y por el cual tiene sentido y razón de ser, son **los usuarios o PID, los beneficiarios del programa**, los cuales son personas en condición de habitante de calle o en calle -aunque existen casos por fuera de estas dos condiciones- que se inyectan drogas, en este caso puntual la heroína, en la población atendida hay tanto hombres como mujeres, pero es mayoritariamente masculina, los rangos de edades varían pero hay una prevalencia en el rango de edad de 17 a 32 años.

“Con respecto a la edad, el grupo entre los 17 y 24 años, continúa siendo el de mayor participación, seguido del grupo ubicado entre los 25 y 32 años, y con menor participación en grupos de edades por encima de los 30 años”. (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017: 62*).

Los PID que acuden al programa lo hacen por la necesidad de conseguir los materiales de inyección puesto que si no estuviera el programa estos los tendrían que comprar o utilizar usados²¹, muchos de ellos ya llevan un proceso o una continuidad en el programa, estos son atendidos con códigos otorgados en un proceso de acogida y los más recientes son atendidos por nombre completo. Los PID han ido en aumento lo que muestra una importancia del programa, una aceptación del mismo en la población que se inyecta droga, por ejemplo en el inicio -2015- contó con 112 PID, luego fue aumentando a 550, 770 y 882 para agosto del 2018, actualmente según la entrevista a los funcionarios se atienden casi 1000 personas. Los usuarios consumen principalmente la heroína inyectada, son pocos los que la fuman también, el consumo es realizado principalmente con conocidos, la gran mayoría llevan de uno a cinco años y menos de un año inyectándose la heroína.

Con respecto a la salud, los usuarios están afiliados principalmente al régimen subsidiado a EMSANAR, otros al régimen contributivo a la S.O.S y otros no se encuentran afiliados a ningún

²¹ Información entrevista realizada a coordinador técnico.

régimen²². La mayoría de los PID, el 90%, atendidos son habitantes de calle, es decir “Persona sin distinción de sexo, raza o edad que hace de la calle su lugar de habitación ya sea de forma permanente o transitoria”²³, pero también habitantes en calle, que quiere decir aquellos sujetos que no tienen un hogar, pero pasan su tiempo de manera transitorio en la calle, también existen los casos de PID que no son ni habitantes de calle, ni en calle, sino simplemente consumidores de heroína que van la “Calle del H” a comprar, reciben los kits en el programa y se van, pero estos casos son muy pocos, la predominancia es la de habitantes de calle. En medio de los diferentes PID que asisten al programa existen unos que son escolarizados, otros no han completado su escolaridad y algunos no son escolarizados, no hay analfabetas.

Con respecto a los trabajos de los PID, realizan actividades diversas que les permiten subsistir en la calle y les permite consumir, actividades referentes al comercio, limpieza, mendicidad y hasta robos.

“Los PID en Cali se dedican a trabajos informales como la venta de dulces en las calles o en estaciones del servicio de transporte masivo, limpiando parabrisas en los semáforos. Otros dependen de alguna manera de sus familiares. Otros recurren a la mendicidad y ocasionalmente al hurto. Con el tiempo, dicen tratar de organizarse para evitar que inicien los síntomas de la abstinencia o “cólico” sin haber realizado las gestiones necesarias para proveerse la dosis que requieren.” (*Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS/CAMBIE: 2016: 37.*)

Actualmente con respecto al género de los usuarios, las edades y la procedencia el coordinador técnico dijo lo siguiente:

“Nosotros tenemos principalmente hombres, habitantes de calle la mayoría, principalmente heteros, justo hoy saqué el dato de cuántas personas lesbianas tenemos y al menos por auto reporte tenemos 3 mujeres lesbianas, 2 hombres bisexuales y una mujer bisexual, el resto son heterosexuales, homosexuales hasta ahora no tenemos identificados, tenemos desde los 17 a los 27 años un grupo grande, tenemos personas obviamente picos de 39-40 años y población menor de edad desde los 16, 15 años, principal habitantes de calle como te comentaba, hombres, el grupo de edad está entre 17 y 27, la media está aproximadamente entre 25, 24 años, principalmente de Cali pero tenemos mucha población por ejemplo del sur del país, del Cauca, tenemos muchos paisas del eje cafetero en general, Armenia, Medellín, Manizales, tenemos bastantes, población venezolana tenemos también bastantes ya, ese es como nuestro grupo. (*Información entrevista realizada a coordinador técnico*).

El programa para su funcionamiento y atención a los usuarios necesita de **instituciones públicas y privadas** también con las cuales articularse para brindar un mejor servicio. Por esto otro de los actores son las **instituciones**, las cuales permiten realizar una de las estrategias del programa. Como es bien sabido el consumo de drogas y de drogas inyectadas trae consecuencias negativas para el individuo que las consume, aparte de eso si sumamos la habitabilidad en calle las secuelas en la calidad de vida de las personas se incrementan. Por tanto muchas de las

²² Secretaría de Salud Pública y la Corporación Acción Técnica Social-ATS: 2017: 62, Caracterización usuarios.

²³ Ministerio de Salud. “Habitantes de Calle”, en <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx>

consecuencias negativas son enfermedades como por ejemplo VIH, hepatitis, tuberculosis, también lesiones en la piel, heridas por elementos corto punzantes, entre otros lo cual necesita atención que en el programa, en el local no se puede prestar, por lo tanto el programa se articula con instituciones con redes de salud que puedan atender a los PID, que puedan brindarle rutas de atención, ejemplos de estos son el Hospital San Juan de Dios, el puesto de salud del barrio Obrero, Fundación Casa Gami, Fundación SERGENTE, entre otros.

Hay otro tipo de instituciones que brindan el servicio de alimentación, ducha, ropa limpia y obtención de cédula como lo es la Fundación Samaritanos de la Calle. El programa también se articula con o entabla relaciones con instituciones como la policía con el fin de informar y enseñar sobre el programa, sobre el trato y la intervención con PID y sobre el material de inyección que se entrega y en ocasiones es decomisada. Por otro lado se comunica con instituciones para temas particulares como Casa Matria para atención de casos de mujeres que lo requieran o con instituciones que le aporten a la atención de los PID y al programa como Corporación Viviendo e instituciones académicas.

Otro actor importante en el proceso del programa es la **comunidad**, pues esta es la afectada directa e indirectamente en el hecho de que las personas consuman o se inyecten drogas. La comunidad cercana al espacio y a la zona de consumo, es la ubicada en los barrios Belalcázar y Sucre, los alrededores son residenciales y comerciales, la comunidad encuentra al programa desde dos perspectivas, por un lado que aporta y por otro que es difícil de comprender puesto que no se ataca al vicio.

“El muchacho se quedaba ahí y mientras atendía Pedro él hablaba o se iba quedando dormido, le preguntaba a Pedro que si ellos tenían problemas en el local con los vecinos, entonces Pedro le dice que sí, que como todo, entonces el joven dice como eso es del gobierno y es legal no pueden hacer nada, la gente dirá ‘como le acolitan el vicio a esa gente’”. (04-10-18 observación propia. d2)

Pero en general el programa impacta la comunidad porque disminuyen los desechos de material de riesgo biológico, y también impacta a la comunidad caleña en general porque se evita el compartir jeringas lo que hace que enfermedades de contagio por sangre no se propaguen.

El último actor que integra el programa son algunos **familiares y amigos de los PID**, estos se articulan al programa por medio de una comunicación con el equipo debido a necesidades específicas que requieren de otro, por ejemplo tratamientos médicos, comunicación para saber sobre la persona en cuestión, para conseguir información de parte y parte, para ayudar a comprometer al PID con algún proceso, para tener ayuda psicológica, entre otros. El caso de los amigos es para servir de enlace de un PID que no acude al programa y así vincularlo y que no comparta material de inyección con otros, por lo general los amigos son consumidores de otras sustancias y con otras maneras de consumo.

Estos seis actores son los que integran y los que conforman el programa ya sea de manera directa o indirecta, de manera continua o esporádica y que hacen que todo funcione o no en el espacio destinado para la entrega y por fuera de este.

CAPÍTULO III: RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA, HALLAZGOS

El programa de Reducción de Riesgos y Daños de la ciudad de Cali lleva a cabo un proceso de intervención sobre los consumidores de drogas inyectadas en la ciudad. Esa intervención entendida como una serie de actividades organizadas por un grupo de individuos que intentan resolver o dar solución a necesidades sociales se encuentra en el programa enfocada en el consumo de SPA, por tanto al ser una intervención de abordaje al consumo y como ya se explicó en los referentes teóricos se hace un evidente uso del modelo de reducción del daño.

En la sistematización que aquí se llevó a cabo, se hace un énfasis en una de las formas de intervenir del programa, en esa primera y principal forma –puesto que actualmente tienen un programa piloto de metadona-, esa acción es la de “Programas basados en la provisión de jeringuillas y agujas estériles a los consumidores de drogas por vía parenteral”, la cual tiene diferentes estrategias como ya se analizaron en el capítulo II para poder funcionar, abordar el consumo y reducir el daño, es una acción de la cual se derivan otras acciones, por eso se plantea como la principal.

Teniendo en cuenta que ese modelo de interpretación del consumo de drogas tiene un modelo organizativo y unas estrategias de intervención para abordarlo, este se puede plantear como una forma de acción y de trabajo sobre los otros y es aquí donde en este análisis de la experiencia y los resultados, entra el trabajo de François Dubet, puesto que este autor plantea la teoría del trabajo con los otros y sus categorías de lógicas de acción, de la “experiencia del trabajo sobre los otros”, teoría que ya fue expuesta en el apartado teórico.

Es pertinente utilizar el trabajo de Dubet (2006) en el estudio del programa de Reducción de Riesgos y Daños, por su configuración y desarrollo como programa en la ciudad, puesto que permite mostrar en el proceso de intervención que se lleva a cabo, qué lógica de acción funciona, cómo lo hace y qué dificultades se presentan para que los encargados de este tipo de programas puedan a futuro acomodar sus diferentes estrategias y cumplir con la reducción del daño.

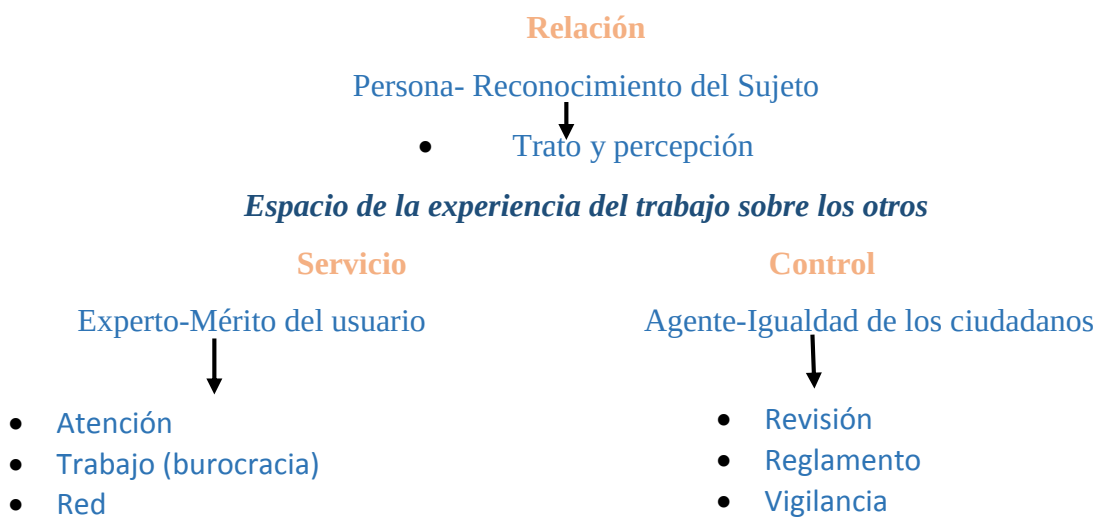
Así como el modelo de reducción del daño tiene unas intervenciones propuestas y una organización, cada lógica de acción de Dubet también tiene una serie de estrategias para lograr el trabajo sobre los otros y cumplir con lo que ya no puede hacer el programa institucional que se encuentra en declive. Por tanto han surgido tres lógicas que se encargan del trabajo sobre los otros y que constantemente se pueden encontrar y vivir en los mismos procesos, es decir que no hay una única lógica que actúe en la intervención como lo hacía antes el programa institucional. Que para el consumo de SPA y su manejo se ha pasado de unas instituciones y programas de carácter represivo, o de acciones donde se busca acabar con el consumo y con la producción de drogas, lo que se ha generado es un desplazamiento hacia un tipo de programa y de atención no represiva sino centrada en las condiciones de la persona, donde no se busca castigar y señalar al que consume, por tanto ese desplazamiento da como resultado una diversificación de la lógica de acción, teniendo como resultado un trabajo sobre los otros que va estar desarrollado bajo mecanismos de control e integración, pero también según las situaciones bajo mecanismos de subjetivación y servicio.

Para Dubet (2006) existen tres lógicas de acción: la lógica de la integración, la lógica de la competitividad o estrategia y la lógica de la subjetivación, estas confieren posturas y roles diferentes a los actores y con base en ellas es que se da la intervención y que se logra trabajar con el otro. Las lógicas como ya se explicaron anteriormente, se basan en la integración, la estrategia y la subjetivación, donde las finalidades se enfocan en conferir un rol y esperar que se comporten según eso, donde hay una relación objetiva y una interiorización y relacionamiento con las normas; la otra tiene como finalidad actuar como estrategia en pro de unos objetivos; y la última busca la autorrealización y la autenticidad del sujeto, resolver el problema de la autenticidad.

En la lógica de integración las conductas y pensamientos funcionan y se desarrollan conforme a la interiorización de normas, modelos culturales e identidades, por una socialización. En la lógica de competencia cada persona actúa en pro de unos objetivos por medio de su racionalidad y en la lógica de subjetivación Los individuos no son reducidos a su socialización y a su racionalidad, ellos mismos se hacen como sujetos, siendo capaces de precisar el sentido de su acción.

Teniendo en cuenta lo anterior y para poder desarrollar el trabajo empírico sobre el programa de Reducción de Riesgos y Daños como ya se expuso en el componente metodológico, se emplearon las categorías de Dubet: control, servicio y relación y estas se observaron a través de una subcategorías para poder captar cada lógica y funcionamiento dentro del programa.

ESQUEMA 1. EL TRABAJO SOBRE LOS OTROS, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS



Fuente: Elaboración propia, basado en Dubet (2006)

Después de haber conocido las categorías de Dubet y las subcategorías que se utilizarán para poder analizar las diferentes acciones, estrategias del programa y el equipo, debemos primero conocer las percepciones de los miembros del equipo, con el fin de dilucidar a partir de cómo y de cuáles son las apreciaciones de su trabajo, de sus relaciones, de sus motivaciones, etc., como un proceso de intervención puede presentarse y pensarse de maneras distintas, qué relaciones pueden tener esas percepciones con la forma en la que actúan y desarrollan su trabajo con los otros.

3.1 EL EQUIPO QUE TRABAJA CON LOS OTROS: PERCEPCIONES

TABLA DE CATEGORÍAS DEDUCTIVAS SOBRE PERCEPCIONES DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DEL PRRYD.

Equipo	Motivación de ingreso y participación en el programa	Percepción de los usuarios	Dificultades de la intervención	Fortalezas	Relaciones con los usuarios	Impacto
Pedro	“siempre me ha nacido servir y ayudar a las personas y en este caso pues a los menos favorecidos”	“nosotros reconocemos a los usuarios como ciudadanos de derechos y ellos necesitan de ese servicio para reducir sus riesgos en el uso de las drogas y adicionalmente si genera un crecimiento personal y una satisfacción personal porque se está ayudando al otro”	“Las dificultades que se presentan en el trabajo, son formalismos de leyes, de normas que a veces no dejan que los programas avancen, en otros casos la forma de contratación es un poco frustrante a veces. hay contratación directa, sino que siempre los operadores, se contratan operadores, los contratos son por prestación de servicios y eso es un poco frustrante”	“La satisfacción de que estoy ayudando, estoy en algunos casos salvando vidas, en otros casos ayudando a que el uso de las drogas sea más responsable por parte de los usuarios”	“Siempre nos han respetado mucho, nos tienen mucho aprecio porque ellos sienten que nosotros le estamos brindando algo que ellos necesitan y están muy agradecidos siempre con nosotros”	“Pues el impacto es que se ha salvado más de 12 vidas en lo que llevo trabajando en el programa, se han cambiado las prácticas de muchas personas y se les ha educado y concientizado en temas de reducción de riesgos y daños, creo que eso ha generado un crecimiento del conocimiento de la población y se espera que ellos a su vez repliquen esa información con los demás usuarios de drogas”
Raquel	“yo siempre tenía como un deseo de algún día estar en esos territorios porque siempre me he cuestionado qué pasa allí, por qué pasan estas cosas era algo nuevo para mí pero me pareció interesante, yo lo vi también como un reto y empecé y no me	“Las personas que usan drogas son sujetos de derechos, son ciudadanos y que tienen el derecho a seguir consumiendo si lo quieren hacer pero deben hacerlo de una manera donde no se hagan tanto daño a ellos, ni a otros”	“creo que sería posible (un cambio, la realización de la persona), sin embargo con ellos es complejo porque por sus dinámicas de consumo, por su historia familiar personal, y de consumo ellos empiezan, hay una situación de poco compromiso y puede que	“sentir que el espacio de psicología es apreciado por ellos, a ellos les gusta hablar, le gusta ser escuchados, (...) el ambiente con mis compañeros y todos es algo muy bonito, muy chévere, es un ambiente que te permite también crear, proponer y como poder trabajar en equipo y siento que eso es muy	“Pues son relaciones cercanas en su mayoría pues con más unos que con otros, pero son unas relaciones buenas, de confianza, de claridad, de	“creo que falta mayor visibilidad aunque se ha ganado pero es importante que tanto la gente, la sociedad civil sepa y las mismas instituciones porque muchas instituciones no saben del programa (...) pienso que digamos que en general hemos hecho un buen equipo y se ha hecho un buen trabajo y hay que seguirlo haciendo, seguirlo fortaleciendo, capacitándonos y creo

	arrepiento, en realidad estoy muy contenta porque siento que ha sido todo un ejercicio de aprendizaje tanto a nivel profesional como a nivel personal (...) también comprender esta otra cara tan desconocida para muchas personas”		haya un deseo pero llegar al acto, a hacer las cosas es difícil para ellos”. “como dificultades, de pronto que a veces el equipo es un poco pequeño, o sea, podría el equipo ser un poco más grande para tener un mayor alcance porque a veces hay muchas cosas por hacer pero literalmente el tiempo no alcanza”	importante porque ese trabajo es de equipo o sea solos es muy complejo”	apoyo, ellos también digamos se han apropiado del programa y lo respetan y lo hacen respetar, entonces creo que en general ha sido positivo”	que siempre el trabajo se tiene que hacer como con amor, o sea estar porque uno quiere y creo que eso es algo que nos caracteriza a todos los que estamos ahí”
Esteban	“a mí el tema de sustancias como que desde muy temprana edad comencé mi carrera me ha interesado siempre estaba muy ligado al tema de sustancias psicoactivas, de consumo de sustancias psicoactivas, entonces ya estaba como dentro de un programa que trabajaba el tema, tenía mucho interés del trabajo que iba a desarrollar en ese momento la institución que posteriormente me vinculé, ATS, venía como siguiendo su trabajo además tenía como ese interés de poder vincular la investigación y la	“son una población sujetos de derecho, que existen y que están en este mundo social, que tienen un espacio, que tienen unos tiempos, que tienen un contexto, que se le debe dar lugar y que su consumo es una práctica más dentro de su forma de vida, que tienen una historia y tienen una situación que se puede potencializar y que puede ser totalmente y ese es el objetivo del programa que la persona sea funcional que el consumo no defina tu vida sino que realmente el consumo	“los tiempos, en la parte administrativa y sobre todo en la parte pública tiene unos tiempos y a veces pueden ser muy demorados (...) a veces el orden nacional tiene una mirada muy técnica, muy centrada en la, en lo que dice la literatura, pero muy poco centrada en la evidencia y en la parte más empírica del trabajo día a día de los programas aquí en Colombia entonces sacan lineamiento que no se pueden cumplir o que si se cumplen perjudican el programa y entrar en esas discusiones de hacemos caso o lo hacemos con lo que está funcionando”	“la reducción de riesgos y daños por lo que significa porque para mí es como dar una posibilidad a quien no, a quien considera que no tiene posibilidades y qué digo con esto, (...) la reducción de riesgos y daños es un mundo posible por (...) que el consumo es un campo más de tu vida y las posibilidades en tu vida son muchas, eso no te va a detener, ni te quita, ni te pone, y yo respeto la adicción que vos tengas, y respeto el gusto que vos podas tener por la sustancia y también te apoyo en el caso que decidas dejarla o al menos reducirlas, que si sentís que te afecta podamos trabajarlo sin necesidad de sentirte o presionarte que tenés que	“Siempre nos han respetado mucho, nos tienen mucho aprecio porque ellos sienten que nosotros le estamos brindando algo que ellos necesitan y están muy agradecidos siempre con nosotros”	“Mira para mí el programa es algo necesario, el programa lo que siento es que responde desde la realidad, desde las necesidades de las personas y desde la realidad misma que podemos ofrecerles, entonces en ese sentido considero que el programa es muy bueno, efectivo, necesario, lo que te decía ahorita parte de unos principios de mutuo acuerdo y no desde unos ideales, entonces el tema de que una persona se pueda acercar a recibir una atención sin el miedo a que le digan es que usted es un drogadicto que necesita dejar de consumir para que esté libre y pueda ser atendido aquí,, me parece que hemos logrado en este poco tiempo tocar las fibras no solamente de la gente con la trabajamos sino de sus familias, de la gente de la comunidad, de las instituciones”

	intervención por la misma especialización que hice, me interesaba mucho entonces cuando me dijeron que era un tema de drogas y de investigación y de intervención, yo dije me interesa, yo dije como me gusta, me gusta muchísimo, quiero hacer parte de él”	sea un contexto y un campo más”		cortar al 100%, eso me parece muy chévere”		
Andrea	“desde que yo tuve mis primeras aproximaciones y me di cuenta que a mí me interesa trabajar con población vulnerable, no desde esta idea de salvarlos pero si como de venga trabajemos junticos para ver usted que puede hacer por su vida y pues yo lo ayudo y lo acompaño en su proceso”	“La idea es que haya una cuestión de equidad, que esta gente pueda acceder a lo que tienen derecho no solamente como humanos sino de ley, o sea la ley establece unos parámetros hay que hacerlos cumplir.”	“Otra es, hay muchas barreras y dificultades en términos económicos, institucionales, hay cosas de los sistemas, de las grandes estructuras que a mí me incomodan mucho.” “tiempos institucionales, obligaciones de las APB, recursos económicos, que deberían estar y no están, y eso es frustrante porque la gente existe, y esta gente no nos la inventamos, tienen situaciones, requieren ser atendidas por unas instituciones que tienen una obligación legal más allá de lo moral”	“El programa genera un nuevo mundo posible para ellos y a partir de ahí las oportunidades de desarrollo, de reinventarse, de resignificarse, de hacerlo también con muchas cosas de su vida es muy posible, o sea yo no me atrevería a decir como netamente el programa pero creo que la reducción del riesgo del daño finalmente es eso, la posibilidad de un nuevo mundo posible, y eso es lo maravilloso, y en el programa creo que se logra, o sea más bien a eso se le apuesta, con algunos es un poco más fácil, con otros no, porque igual hay gente más fácil de llevar y hay gente que no”	“Las relaciones son buenas, en todo el tiempo en que he estado en el programa tuve la primera pelea en el viernes santo de esta semana santa”	“si hemos tenido un impacto, tenemos indicadores y digamos ese es un eje muy bueno de nosotros, nosotros logramos generar indicadores que nos permiten impacto en salud pública, entonces nosotros tenemos indicadores terribles como cuántas personas han sido identificadas con VIH, con Hepatitis B o C, cuántos han muerto, tenemos un contador de muertos, a mí eso me parece muy triste porque además pienso que uno los muertos no los debe contar en términos numéricos pero también reconozco que al Estado eso es lo que le interesa y que en términos de generación de recursos económicos eso es lo que a mí me permite pedir plata, y necesito plata ”

Victoria	“digamos que había trabajado en el tema y pues siento que también es ganas como de aprender, de aprender cómo se implementa una estrategia que resulta para el país novedosa”	“una población que estaba totalmente invisibilizada”. “personas que lo necesitan (lo que ellos ofrecen) (...) el otro requiere y tiene derecho”	“lo que te mencionaba ahora con el tema por ejemplo que a veces hay como distintos intereses y expectativas de las diferentes partes que componen el programa, tanto Ministerio, Secretaría, Corporación Viviendo, Fundación Pilsen, entonces eso pues a veces como que aunque somos un equipo digamos que no estamos separados por nuestros roles sino que nos complementamos bien, a veces este tipo de cosas si nos ponen en tensión o no podemos orientar fácilmente lo que tenemos que hacer, el tema de la administración de recurso, es muy dispendiosa si necesitamos materiales para mañana eso es una cantidad de procesos, si necesitamos bueno, sobre todo eso, el tema del recurso que no está digamos ahí tan a la mano”	“que ayuda a mejorar las condiciones de vida de los usuarios de heroína a reducir pues riesgos de todo tipo pero principalmente los asociados a salud, eh, a generar inclusión para ellos, a borrar como digamos esas barreras que se han forzado desde el estigma, también le apuesta a que la comunidad se fortalezca para que puedan apropiarse y puedan desarrollar capacidades para reducir riesgos y daños, por ejemplo que la misma comunidad sepa cómo manejar una sobredosis o pues que disminuya la discriminación, el estigma,	“es muy buena, o sea se evidencia que hay confianza, que hay respeto, pues pocas veces digamos que hay situaciones donde no sea así, pero en general las relaciones son muy buenas”	“Pues yo pienso por ejemplo que el impacto en los usuarios, mira el tema de educación, de digamos en el cambio en las formas en que ellos hacían su consumo, es que en sí es como toda una práctica de cuidado que ellos han incorporado se ha hecho mediante la educación y no es una educación digamos no han sido talleres, no han sido procesos formales, sino sobre el reconocimiento el que equipo ha conseguido y la confianza para que en momentos de duda y e inquietud ellos te lo expresen y vos podas devolverle algo que ellos de verdad van a tomar y lo van a tomar como valor”
-----------------	--	--	---	--	--	---

Fuente: Elaboración propia, basado en entrevistas realizadas a miembros del equipo PRRyD (2019)

En este apartado con base en la tabla anterior se muestran las percepciones de los miembros del equipo del programa de Reducción de Riesgos y Daños con la finalidad de demostrar la diversidad de equipo que se encarga del proceso de intervención. Se presentan percepciones sobre unas categorías en específico lo que permite caracterizar y describir los miembros del programa para luego poder entender las diferentes acciones y formas de actuar que tienen estos individuos. Se presentan las percepciones porque es a partir de lo que la persona piensa de las cosas, de las ideas que se hace y tiene de ellas, en este caso de los usuarios, de las relaciones, de las dificultades, entre otras, que puede proceder, intervenir y desempeñar su trabajo. Estas categorías nos muestran la pluralidad de representaciones, perspectivas y posturas que tiene cada uno de los integrantes del equipo, y que la intervención puede ser llevada a cabo por individuos heterogéneos en su pensar y en su accionar, lo que conlleva a una intervención desde diferentes puntos de vista y con modificaciones, y no a uno unívoco y homogéneo.

A partir de las respuestas a las categorías deductivas podemos encontrar que las motivaciones de estos individuos que conforman el equipo del programa, son motivaciones muy diversas y que dependen de la persona y de la visión de mundo que tengan. Esas motivaciones para ingresar y participar en el programa demuestran la percepción que tienen estas personas con respecto al por qué hacen su trabajo.

Como se puede observar están caracterizados por una visión como la de Pedro y Andrea de querer trabajar en un lugar y en un programa donde se pueda ayudar al otro que está en necesidad, que es carente de algo, que tiene una necesidad específica, pero también se destaca mucho el carácter personal y de interés por un tema ya sea el consumo de drogas, el tipo de población, el proceso de intervención, el modelo de abordaje del consumo, entre otras. En este punto de las motivaciones se puede apreciar que todas son muy variadas y que responden a intereses muy personales como los de Raquel, Victoria y Esteban que aducen que estar en el programa les ayuda a ellos a construirse como personas y a crecer como profesionales, pero también recae en el hecho de un interés por encontrar satisfacción al trabajar por el otro.

Las motivaciones también están muy ligadas al componente académico de cada uno de los integrantes del programa, es decir, basado en su formación universitaria es que se desprenden las inclinaciones para ingresar a un programa como este y para determinar una forma de trabajar, por ejemplo el recorrido en la universidad y los trabajos anteriores permiten que la persona encuentre en el programa una forma de dar continuidad a eso que ya viene haciendo, también que pueda articular temas en los que esté trabajando, aprender sobre algo en específico, cumplir con un deseo que se ha propuesto sobre un campo de acción o simplemente ayudar por ayudar.

Este equipo demuestra una diversidad y mezcla de motivaciones para entrar en el programa, pero también que muchas de las motivaciones son o eran razones que para algunos no se vinculaban directamente a un tipo de programa como estos, sino que eran unas razones más generales, pero que con la oportunidad de pertenecer a ese proceso de intervención se fueron

transformando y adaptando a lo que ya se iban a tener que enfrentar, a lo que conocieron en un inicio sobre todo lo que abarcaba CAMBIE y actualmente Reducción de Riesgos y Daños.

Otra de las motivaciones que está en algunos de los integrantes del equipo, no en todos, es la esencia misma del programa, es decir, el hecho de que el programa transgreda con unas estructuras y maneras establecidas de afrontar un tema como es el consumo de drogas, puesto que el programa permite el consumo y no lo reprime, ni lo erradica, al contrario lo cuestiona pero para que sea un consumo responsable, lo que va en contra de lo que en la sociedad colombiana y otras sociedades sería lo ideal y lo que debe de ser castigado.

En general las motivaciones tienen un carácter y un talante meramente personal por lo tanto permite que difieran de un individuo a otro y que aunque existan algunas semejanzas cada uno de los funcionarios tiene una perspectiva diferente desde la cual actuar y desarrollar la intervención.

Otra de las categorías que se aprecian es la de la percepción de los usuarios, al igual que las motivaciones, estas percepciones del sujeto al que intervienen son muy diferentes y varían dependiendo de las situaciones a las que ellos se enfrenten, que varían según las relaciones que tejan con los usuarios y que dependiendo también de la formación de cada uno, se genera una percepción del otro.

Primero que todo hay una percepción del otro que lo considera - y que es transversal a todos los integrantes del equipo- como un sujeto consumidor, como alguien que tiene un problema de drogas. Partiendo de esta idea general, ya se pueden encontrar las modificaciones en las percepciones que cada uno pueda tener del otro al que le ofrece algo. Por un lado hay una percepción del otro como sujeto de derecho, como un sujeto que necesita ser ayudado, que necesita ser instruido porque es carente, porque no sabe lo que hace, porque tienen unas malas prácticas, esta es la percepción de Pedro. Esta concepción de este funcionario se relaciona con las ideas expuestas sobre el modelo de reducción del daño como abordaje de consumo de SPA de Pons (2008), que ya se citó en el capítulo I, el cual expone que bajo este modelo los funcionarios deben garantizar las condiciones para reducir todo tipo de daños, lo que claramente piensa Pedro, que es enseñarles y corregirles sus prácticas de consumo todo con el fin de reducirles el daño.

Otra de las percepciones, la de Raquel y Esteban giran en torno a que los individuos son sujetos de derecho y que por tanto su consumo es uno de esos derechos a los que puede y debe acceder, por lo cual el trabajo que hace el funcionario con ese otro está orientado a esa concepción de justicia y derecho en la cual el consumo es permitido pero siempre y cuando se cuide y preserve la vida propia y la vida del otro que está en el entorno, esta percepción se relaciona con la noción de reducción del riesgo como modelo de abordaje de consumo de drogas, porque este modelo postula el “consumo responsable” como propuesta fundamental de la perspectiva, lo que para estos dos funcionarios en últimas viene siendo la finalidad de lo que los usuarios deberían hacer. Continuando con la perspectiva donde el otro es sujeto de derecho, queda claro que esa apreciación del funcionario es una percepción donde no se juzga al usuario por lo que hace, no se le critica, sino que se le induce a mejorar eso que está haciendo mal como es visto desde la perspectiva de la

institucionalidad, como se encuentra en el modelo de reducción de daños para el abordaje de consumo de SPA, el consumo es un derecho, por tanto no se le reprocha, ni se rechaza, sino que se busca disminuir los riesgos. En este caso del usuario como sujeto de derechos lo que el funcionario ve en la persona es la posibilidad de que por medio del modelo de abordaje del consumo, esta persona pueda ser funcional y no se le considere de una sola manera –como drogadicto-, que el consumo no lo defina.

En la cuestión de percepción de los usuarios está la perspectiva de Andrea y Victoria en la cual el otro es un ser humano, donde se recalca que es una persona a la que se atiende, una persona que tiene derecho y que lo que se haga debe ser en pro de exigir un cumplimiento de esos derechos. Que son personas que han estado olvidadas, que han querido tener relegadas pero que por eso mismo hay que traerlas a escena para que sean vistas por todos y así atender sus requerimientos, en pocas palabras son personas invisibles, con necesidades y derechos que se deben solucionar.

En general las percepciones que el equipo tiene sobre los usuarios son percepciones que están enmarcadas en las ideas de una población carente, con derechos y con necesidades, con posibilidades siempre y cuando haya un compromiso del individuo, ignorada, consumidora, con malas prácticas, con problemas emocionales, con redes débiles, o inexistentes y que por tanto deben recibir una atención, porque como ellos dicen, sus usuarios no son una población en desventaja pero por sus características, su consumo específico de heroína, su habitabilidad en calle, el ser mujer en calle o ser trabajadora sexual y consumir, por estas y otras condiciones merecen una atención diferenciada.

En las percepciones de los miembros del equipo con respecto a las dificultades que se presentan en la intervención, debido al carácter del proceso y al tipo de sujetos que intervienen, se presentan algunas dificultades que impiden el “deber ser” del programa de una manera eficiente y efectiva. Para los funcionarios las dificultades son muchas y cada uno tiene una visión distinta de cuáles son, y es a partir de esa perspectiva que cada uno actúa buscando resolver o sobrellevar las problemáticas que se presentan en el día a día de la intervención.

Las dificultades según Pedro giran en torno a la burocracia y a la cantidad de formalismos a los que se tienen que enfrentar para poder gestionar recursos, atenciones por parte de otras instituciones. A nivel más personal a la burocracia que afecta la contratación de los funcionarios, la manera en cómo se concretan los términos del trabajo. Esta parte burocrática es un limitante muy grande en la intervención para los funcionarios porque no permite hacer las cosas de forma adecuada y aparte de esto aqueja no solo al usuario y al funcionamiento del programa sino también al funcionario en sí mismo quien no se siente conforme con los términos contractuales. Como la burocratización permea y perturba la acción diaria, los funcionarios deben pensar en estrategias para enfrentar las situaciones que se presentan y dar una respuesta tratando de minimizar los efectos burocráticos.

Por otro lado hay otra percepción sobre las dificultades y es la que tiene que ver con el hecho de que con la intervención se espera que haya un cambio pero que para Raquel esta puede

ser viable pero en casos excepcionales, debido a que por las condiciones de las personas, que por su falta de compromiso y demás, no se genere un trabajo y por tanto la intervención queda incompleta, es decir, que la intervención se ve restringida debido a que solo puede darse y haber un cambio si el otro está dispuesto, pero como es una persona que el consumo lo sobrepasa y la voluntad de hacer algo distinto lo traiciona entonces no se va a lograr nada, para este funcionario la dificultad radica en que no puede hacer nada más si el otro no se lo permite.

También con base en la burocracia como dificultad, en Raquel se encuentra otra percepción y realidad sobre algo que dificulta el trabajo y es el equipo en sí mismo, a pesar de ser personas educadas en diferentes campos, el equipo queda incompleto en otras áreas, puesto que en el programa se manejan diversas temáticas y situaciones que deberían ser enfrentadas por otros profesionales, por ejemplo un enfermero. Pero también el equipo queda incompleto en cantidad, puesto que debido a las diferentes actividades que deben realizar, no dan abasto y muchas cosas quedan sin hacer o deben recortarse otras para poder cumplir con lo que se plantea.

Como ya se ha visto la burocracia es la principal dificultad pero con variaciones. Para Victoria el problema está en la relación y vinculación con otras instituciones, puesto que no hay una división de roles y funciones, es decir, de qué y quién debería hacer algo en específico, aunque con esos otros funcionen en conjunto y que son uno solo, no hay una división de tareas claras lo que dificulta la acción del trabajo y las decisiones que se deben de tomar.

Otra de la variación de las dificultades burocráticas la encontramos en Esteban y tiene que ver con los tiempos para la realización de todo y la gestión del recurso, pero también con los lineamientos que se erigen del componente nacional, que no se corresponde con las dinámicas propias de la ciudad, lo que genera choques con ese orden y que genera una separación de esos lineamientos para trabajar con lo que les funcione.

Las dificultades para Andrea están relacionadas con la atención de los usuarios en otras instituciones donde por trámites y por cuestiones morales las atenciones se ven restringidas, pero también por esos mismos procedimientos que se establecen para la atención dificultan el proceso porque los mismos usuarios comienzan a incumplir y a realizar acciones que no facilitan su acceso.

Como se aprecia las dificultades en el proceso de intervención, varían dependiendo de la persona que las percibe, es decir, todos ven la burocracia como la dificultad pero el matiz depende de cómo cada quien debe enfrentarse a esa burocracia, por un lado en términos de lineamientos el coordinador técnico, en términos de rutas de atención e instituciones las psicólogas, en términos de instituciones y redes la coordinadora de tratamiento comunitario y en términos de contratos y formalismo el coordinador de pares. Y como las dificultades son de carácter burocrático principalmente, por ejemplo el caso concreto de las barreras institucionales, podemos ver como hay una dificultad para que esos terceros entiendan el modelo de la reducción del daño como una forma de abordar el consumo de drogas, lo que se ve reflejado en todas esas trabas y reacciones frente a usuarios y el programa en sí mismo.

Pero el programa no solo genera percepciones de dificultades en los miembros del equipo sino también percepciones sobre las fortalezas que tienen como programa, al igual que las dificultades, las fortalezas se sitúan desde la persona en sí misma y desde el trabajo que desempeña cada uno dentro del proceso de la intervención. Las fortalezas se mueven desde un ámbito muy personal, hasta un ámbito más profesional, de la lógica del programa en sí mismo y a lo que se le apuesta.

Por el lado del ámbito personal se ve como fortaleza el hecho de salvar vidas, de que por medio del programa el funcionario Pedro puede obtener satisfacción salvando a personas, sea por la estrategia que sea, pero también se ve como fortaleza para otro funcionario el mejorar las condiciones de vida de otra persona, cómo por medio de lo que él o ella realiza puede impactar en la vida de la persona, ya sea que la persona aprenda acciones de autocuidado, o que la comunidad lo acepte y vaya deslegitimando ciertas miradas que se tienen sobre el tipo de población que es atendida. Pero también se ve como fortaleza que la propia profesión y función que realiza el funcionario sea usado, apreciado y pedido por los usuarios y que eso que el funcionario, en este caso Raquel hace, ayude al otro que está en necesidad de ser atendido.

Hacia el lado de un ámbito más profesional y de lo que le apuesta el programa se encuentra que para Victoria, Esteban y Andrea la fortaleza más grande es lograr que la reducción del riesgo del daño se dé, y que lo que compone esa mirada se dé en los usuarios, es decir, que la persona pueda consumir sin ser juzgado y sin tener que quitarle la droga, sino reconocer al otro y permitirle el consumo pero en otras condiciones donde no haya daño, donde por medio de eso la persona pueda tener oportunidades y menos barreras. Esta percepción se relaciona con el modelo de reducción del daño como abordaje de consumo de SPA, puesto que en sus parámetros está que la importancia se encuentra en el daño y no en el consumo, y es así como lo plantean estos tres funcionarios, no se juzga el consumo y se trata de posibilitarle al otro un consumo de manera responsable minimizando los daños.

Otra categoría sobre la percepción de los miembros del equipo es la de las relaciones con los usuarios, en términos generales las relaciones que existen son relaciones informales y relaciones formales –estas últimas en el sentido de la atención psicológica-, estas relaciones que se forman son resultado de la cercanía que pueda tener el funcionario con la persona que interviene y también de si el funcionario es hombre o mujer.

Las percepciones que tienen sobre las relaciones son percepciones como la de Pedro: de relaciones de respeto, de aprecio debido a que el funcionario está aportándole al usuario algo que este necesita. Por otro lado existe esta la percepción de Victoria: de relaciones de confianza y de cercanía pero que depende del funcionario que atienda al usuario. Y la apreciación de Esteban, Raquel y Andrea: de un tipo de relación cercana y donde hay un sentimiento de cariño por el servicio que el programa presta.

En general las percepciones desembocan en relaciones de respeto, donde hay una reciprocidad resultado del trato que se da. Desde la perspectiva de los miembros del equipo las

relaciones son buenas debido a que ellos tratan a los usuarios como seres humanos y el trato es un trato donde no se colocan por encima del usuario, sino que les brindan una amistad, porque según un funcionario por ejemplo si ellos no emiten una cercanía, no pueden esperar que el otro se comporte de otra manera con ellos. A parte de esto la relaciones también dependen de con quién se relacionen, puesto que con las mujeres, como ellas lo expresaron, los usuarios son más respetuosos y no hay una relación tan próxima, que como con el coordinador de pares, al igual que ellas tampoco van a tratar al usuario como si fuera un amigo, mantienen su distancia, lo que indica que las relaciones dependen de quién sea al otro.

Por último, la última categoría que da cuenta de los miembros del equipo es la percepción que tienen los funcionarios sobre el impacto del programa sobre los usuarios, para ellos el impacto radica en salvar vidas, (Pedro), en educar al otro (Victoria), en disminuir las cifras de VIH y Hepatitis (Andrea), en lograr hacerle caer en cuenta al usuario que por ser consumidor no debe ser excluido, sino que al contrario tiene unos derechos (Esteban) y en generar una visibilidad de la problemática (Raquel). El impacto del programa es entendido por los funcionarios en función de lo que el modelo de reducción del daño como abordaje del consumo de drogas tiene como preceptos de lo que debería hacer. Para los funcionarios el programa ha tenido efecto pero se deben de seguir mejorando ciertos aspectos para poder brindar un mejor servicio.

Las perspectivas sobre el impacto demuestran que los funcionarios no tienen una visión univoca de cuál ha sido o es el impacto del programa en los usuarios y en general, sino que cada uno ve desde sus representaciones emite una respuesta de lo que para ellos es el impacto, un ejemplo de esto es el coordinador de pares, donde uno de sus funciones es atender sobredosis, por tanto su respuesta es que el impacto es el salvar vidas.

Por medio de las categorías expuestas se puede concluir que los miembros del equipo del programa de Reducción de Riesgos y Daños, son funcionarios que desempeñan su trabajo desde sus experiencias, desde su formación, desde su cargo, que muchas de sus percepciones y de la realización de sus acciones dependen de las situaciones y de las personas, que no todos tienen una visión única del programa y de sus componentes y que cada funcionario tiene una perspectiva que puede variar y que según el momento pueden adoptar distintas posturas. También nos muestra que el equipo cuenta con variedad de profesiones, que son un conjunto de personas jóvenes que tienen unas maneras de ver las cosas de formas distintas. Los miembros del equipo muestran que el programa está compuesto por una mezcla de puntos de vista y de posiciones lo que hace que el proceso de intervención tenga diferentes matices y formas de proceder.

Después de haber conocido las percepciones de los miembros del equipo y de vislumbrar en cierta medida cómo piensa y por ende la variedad de actuaciones que pueden tener los funcionarios podemos pasar a mostrar cómo funcionan las lógicas de acción del trabajo sobre los otros de François Dubet.

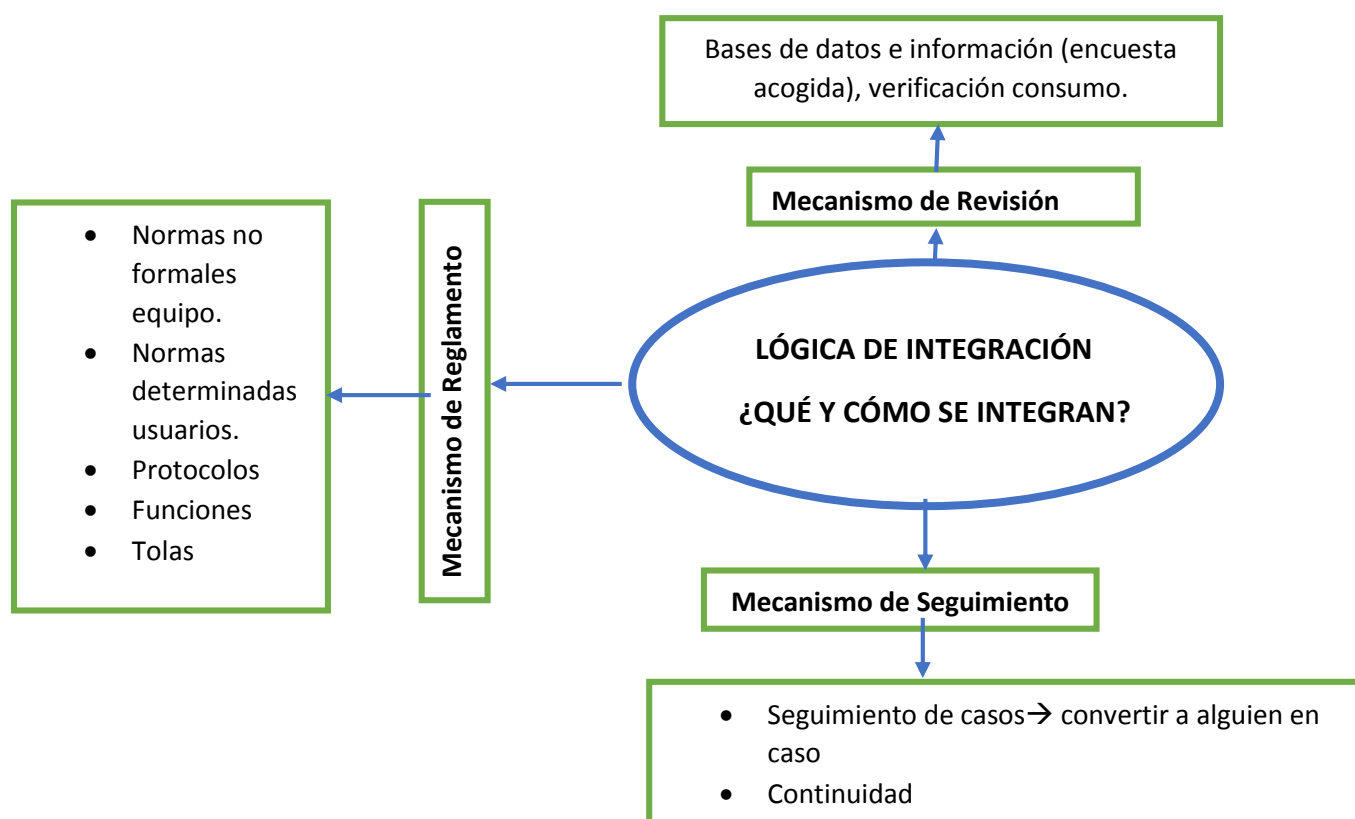
3.2 LÓGICAS DE ACCIÓN DEL TRABAJO SOBRE LOS OTROS EN EL PRRYD:

A partir del análisis de la lógica de la acción de François Dubet y los datos e información encontrados y recabados del programa de Reducción de Riesgos y Daños, se puede decir que en el programa hay una convergencia de las tres lógicas, por una lado la lógica de la integración, que se ve materializada a través de las normas, las reglas, la revisión y la vigilancia que se hace en el programa. Esta lógica comparte dentro del programa con la lógica de estratégica o de servicio a través de la articulación con instituciones, la estructura burocrática y la atención; por último también hay cabida para la lógica de la subjetivación la cual se refleja en el trato y las relaciones que establece el equipo de trabajo con los usuarios al programa. A continuación se pasará a exponer cómo funcionan –y funcionaron- las lógicas de acción en la experiencia del programa de reducción de riesgos y daños.

3.2.1 Lógica de Integración:

Esta lógica como ya se exponía arriba se ve reflejada en el programa a través de diferentes mecanismos que ponen en práctica el equipo de trabajo como los usuarios, estos últimos en menor medida, es a partir de mecanismos de revisión, reglamento y seguimiento que se pudieron apreciar en el programa.

ESQUEMA 2. LÓGICA DE INTEGRACIÓN



Fuente: Elaboración Propia.

Mecanismo de Revisión:

El programa de RRYD se integra a partir de la utilización y el manejo de unas bases de datos y de información, por medio de estas bases de datos se pueden hacer verificaciones y tener un control sobre los usuarios y sobre el funcionamiento del programa mismo. Las bases de datos usadas son las de registro de materiales y atenciones²⁴ por un lado, junto con el registro de actividades, por otro lado están los datos de la encuesta de acogida al usuario donde por medio de variables se busca conocer quién es el usuario y así vincularlo formalmente al programa con la asignación de un código.

“se hace una acogida, donde se caracteriza a la persona ahí tenemos muchas variables, tenemos casi como 170, 180 variables en donde tenemos información familiar, antecedentes familiares, de consumo, violencia, datos sociodemográficos, datos del consumo, es decir, qué consume, hace cuánto, con quién, cómo, por qué, comparte jeringas, no comparte jeringas, qué insumos no comparte, cuáles no comparte, si ha tenido sobredosis, si ha tendido sobredosis, qué ha hecho, si va al médico por qué va, por qué no va, si tiene diagnósticos clínicos, todo eso lo caracterizamos, esa información pues nos sirve de base de insumo para tener como registro de la población que tenemos y atendemos, cuando esa persona va, se registra, se le da un código, ella lo entrega a la persona encargada de entregar material, esa persona tiene una base, en esa base él registra el código, y registra el número de jeringas que entregó, el número de jeringas que recibió la persona usadas, y todos los demás insumos que le entrega cazoletas, aguas, si tiene talleres entonces número de talleres, si tiene atención por psicología entonces la marca, entonces allí ellos tienen como el registro diario de la atención que se hace y con esa información ¿qué se hace? se entrega diariamente a la Secretaría, la Secretaría hace control por medio de un grupo de gestión del conocimiento a esa información” (*Información entrevista realizada a coordinador técnico.*)

“yo vine hice una encuesta, me pidieron los datos, la dirección, cuántos años tenía, cuánto tiempo de consumo, los nombres de los familiares y todo eso como para contactarlos y ya después me ingresaron en el sistema y ya tengo el código” (*Información entrevista realizada a usuario R.*)

Teniendo en cuenta los testimonios anteriores se puede apreciar que esa recopilación de información diaria y la inicial para cada usuario permite al programa integrar a la persona debido a que conoce sus datos y prácticas lo que le da herramientas para trabajar sobre ese otro. A parte teniendo en cuenta la idea de Dubet (2006) que en la lógica de integración se le confiere al otro una identidad institucional, podemos asemejar este enunciado con la asignación del código a la persona, por medio del cual ya se convierte en usuario lo que desemboca en la espera de un comportamiento y en el desarrollo de acciones bajo la idea de que ya se trata con un usuario y no con una persona común y corriente.

En el programa de Reducción de Riesgos y Daños este mecanismo de revisión por medio del cual se busca integrar al otro y tener un control de esos a quienes atienden, se cumple, porque

²⁴ “se registra cuántas jeringas usadas trajeron y el material higiénico entregado y si se le realiza algún tipo de capacitación en ese instantes sobre prácticas de inyección o manejo de sobredosis” Información entrevista coordinador de pares.

a través de la información que se recoge diariamente el programa puede generar las estrategias para continuar con su funcionamiento, tal y como fue posible observarlo:

“Pedro habla sobre cerrar temprano para ir a un recorrido de calle, yo lo interpelo diciéndole que por qué ya están abriendo después y cerrando antes, él me dice “digamos que una de las razones puede ser que han bajado el número de jeringas retornadas, eso más la seguridad de la comunidad, de los niños, nos llevó a recorrer para recoger las jeringas” (19-06-19 observación propia)

Por otro lado se puede decir que este mecanismo falla o falló, en las bases de datos iniciales puesto que la atención de muchas de las personas que asisten al programa se dio por medio no de un código y la recepción de nuevas personas, se hizo solo con el nombre y la verificación visual del cuerpo del consumidor, es decir observar en sus brazos que la persona sea consumidora, en este sentido, las acciones de control pueden ser menores puesto que no se cuenta con la información del usuario, pero también por una cierta informalidad que caracteriza el procedimiento.

“Luego llega otro que le pregunta a Pedro que si de código podía decir cualquier número, Pedro dice que no, que hay que hacer “acogida”, el joven le pregunta que cuándo es eso, Pedro le dice que es cuando tenga internet porque se tienen que llenar unos datos, para que el “sistema” le arroje el código, ‘mientras tanto dame tu nombre’”. (27-10-18 observación propia d1).

Otra de las maneras de integrar y tener control sobre esta población usuaria es la verificación del consumo, cuando la persona accede al programa por primera vez, para incluirlo en el programa, la persona encargada de atenderlos, es decir el coordinador de pares, observa, solo observa si esta persona consume, a través de mirar los brazos para ver sus venas, esta es la única manera que manejan, puesto que no se hacen exámenes para cerciorarse del consumo. Esta actividad no siempre sucede, depende mucho de la persona encargada, de las dinámicas que estén sucediendo en el espacio, o simplemente de hacer preguntas al usuario nuevo y ya con eso tienen para incluirlo.

“Justo después llega un PID nuevo, entonces Pedro le cuenta lo de las jeringas, la mecánica, le pregunta que dónde se inyecta, hace cuánto tiempo, entonces después de eso lo ingresó al sistema, le explicó las normas, le preguntó que si traía jeringa y pues no, entonces le dio jeringas, le explica el funcionamiento y lo que le entrega.” (25-10-18 observación propia d6).

Para terminar con el mecanismo de revisión se puede concluir que sí es una manera de integrar y controlar a los usuarios, que se cumple y al mismo tiempo tiene fallas, pero que cuando este mecanismo no se cumple, las personas se integran de otras maneras como lo son el atender a la persona así no tenga código, el registrar nuevas personas así no se haga proceso de acogida y por último el hacer preguntas sobre el consumo así no se verifique visualmente. Esto quiere decir que a pesar de que existan unas formas establecidas de integrar a los usuarios, cuando estas fallan, se buscan maneras alternas de hacerlo, todo con el fin de darle continuidad al programa.

Mecanismo de Reglamento:

El mecanismo de reglamento en el programa integra a las personas tanto usuarias como personal a través de las normas, reglas y protocolos establecidos para el funcionamiento, teniendo en cuenta la idea de Dubet (2006) sobre las relaciones objetivas que se establecen bajo esta lógica donde las personas se tienen que enfrentar o relacionar con unas normas y un conjunto de reglamentos y disciplinas objetivas, se puede exponer que este mecanismo funciona pero no en todos los casos, a continuación se expondrá el por qué.

La cuestión de las normas son fundamentales para integrar a los actores de la intervención llevada a cabo, pero para el caso del programa las normas se dividen en formales e informales, a pesar de que no todas son formales, logran integrar a las personas.

Las normas formales hacen referencia a las pautas establecidas y fijadas para el comportamiento en el espacio por parte de los usuarios, es ese reglamento que se encuentra dispuesto visiblemente en el local para que las personas que entran a recibir lo que se ofrece sepan cómo comportarse y cómo actuar para poder obtener los beneficios. Estas normas cumplen la función de ser como ese mediador objetivo en la dinámica de la entrega y la atención y es la que permite que el programa tenga un funcionamiento diario sin sobresaltos puesto que los usuarios han interiorizado estas normas y las consecuencias de no cumplirlas, lo que afecta sus intereses personales, como lo es el consumo.

"sí, ahí en el programa hay unas normitas, unas normas pegadas, por ejemplo ellos no deben llegar con jeringas en la mano, ni en la orejas, deben sacarlas solo cuando se le indique y echarlas en el guardián cuando se les indique deben tener su camisa puesta, deben esperar, hacer su filita y esperar, no se pueden inyectar en el local, ahí en el espacio no lo pueden hacer, si quieren ingresar al baño o algo así, deben pedir permiso, bueno siempre ser respetuosos y amables con los profesionales del programa, básicamente esas son como las normas, por lo general, se cumplen, ehh digamos que hay algunas que no, a veces ellos llegan con las jeringas en las manos porque se les olvida, o sin camisa pero pues ellos esperan para echar las jeringas en el guardián, siempre esperan a que la persona que los esté atendiendo se lo diga, por lo general siempre esperan a veces pues se alborotan un poquito pero por lo general siempre esperan, entonces digamos que el manejo de normas en general es bien, hay días en que de pronto algunos no las cumplen y pues habrá unos que por lo general no las cumple pero de forma así amplía la mayoría las cumplen porque además se ha hecho mucho énfasis y ellos también han hecho también conciencia de la importancia de la norma" (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

Desde la perspectiva de los trabajadores del programa las normas de los usuarios son cumplidas en su mayoría, aunque en ocasiones fallan, lo que es cierto, puesto que debido al consumo las normas pueden flaquear.

Algo interesante es que por lo general son ellos mismos quienes cuando no cumplen las normas, son los que se reprenden o cuestionan por no hacerlo, por ejemplo llegan sin camisa al local, se salen se ponen la camisa y vuelven a entrar, en otros casos es el encargado quien les

recuerda que no deben hacer ciertas cosas, como por ejemplo traer las jeringas en la mano o en la oreja, acciones muy comunes que se presentan en el día a día de la entrega.

Para los usuarios las normas son importantes porque significan el acceso a eso que ellos necesitan, por tanto las normas se convierten en esa forma de cohesionarlos y de garantizar que el programa funcione de la mejor manera.

“JH: claro porque si no, no nos dan las cosas que necesitamos los beneficios, nos cortan, hay que cumplir, usted sabe que donde manda capitán no manda marinero”. (*Información entrevista realizada a usuario J*)

“Pues se le da a uno una pauta como pa que uno reflexione, de pronto quitándole algo que uno necesite para caer en cuenta de que es importante” (*Información entrevista realizado a usuario D*).

Por otro lado están las normas informales, estas normas son las normas que se manejan en el equipo de trabajo, no se encuentran estipuladas en documentos, ni visibles como la de los usuarios que están dispuestas en el espacio, son normas que han sido construidas y que son producto de las relaciones y situaciones que se viven en el día a día del trabajo, como ellos mismos lo dicen son normas “no estructuradas” y de “construcción mutua”, que giran en torno al cuidado personal y del espacio. Quizás las normas formales no integren el grupo, pero este equipo tiene otras formas de integrarse como lo son el trato y las relaciones que establecen entre ellos y los usuarios del programa.

Basados en la observación del trabajo de campo, se pueden apreciar que algunas de las normas que se han pautado tienen que ver con no permitir el ingreso de los PID al interior de la casa, no manejar dinero, no comprar objetos, entre otros. Desde la perspectiva de ellos las normas tienen que ver con el cuidado personal, por ejemplo usar guantes y tapabocas; con la seguridad, por ejemplo no ir solo a la calle, ni quedarse solo en el local, ni dejar ingresar a nadie a las instalaciones; con los límites, por ejemplo, no dar dinero, comprar y guardar objetos, no dar números personales a los usuarios.

Todas estas normas como dice el coordinador técnico “son generales y muy básicas”, y que al igual que las normas establecidas de los usuarios se cumplen pero en ocasiones fallan, porque a pesar de que son pautadas, el ser informales permiten que sean flexibles y que la subjetividad de la persona que las tiene que cumplir permee sus acciones.

“ambos prueban el bluetooth y no funciona entonces el señor insiste en que se lo compre y Pedro le dice “acá no podemos comprar nada, está prohibido”, después de esto y como no hubo compra, se van”, Llega un PID y le pregunta a Pedro que si ahí dan metadona, Pedro le dice que hay un programa pero que no es ahí, entonces el PID comienza a contarle que no ha conseguido, entonces Pedro le pregunta que cuántas necesita, la respuesta fue una, entonces Pedro dijo que él tenía quien la consiguiera, a 6000, entonces el PID le dice que si él quiere se la puede pedir y mañana se la tiene, Pedro le dice que sí, que le avise” (25-10-18 observación propia d6).

“En medio de eso llegó un PID, lo atendió y le pidió “una luka” para gasolina para trabajar, Pedro le dio mil pesos, luego llegó otro y también le pidió pero prestado, no le dijo para qué, entonces

Pedro le dijo que no, que no tenía, pero le dijo que él sabía cómo ayudarlo, en medio de eso sacó de una alacena un paquete de limas, se las dio y le dijo, que con eso conseguía la plata, el señor agradeció y se fue.” (04-10-18 observación propia d2).

Esta observación anterior demuestra el carácter informal de las normas y de cómo se violan y se modifican esas reglas dependiendo de la relación que establece el sujeto que atiende con el que es atendido. Por un lado puede incumplirla totalmente, haciendo algo que se supone está prohibido, pero por otro lado la modifica haciéndose el que cumple la norma, pero la flexibiliza buscando una solución para ese usuario, la cual en este caso está basada en hacer uso de materiales del programa para fines distintos a la atención del usuario. Lo que demuestra que una de las formas de integrar a los usuarios no son unas normas establecidas, reglamentadas e inquebrantables, sino al contrario, unas normas producto de relacionamientos.

A parte de las normas formales e informales que se encargan de ser y de dar un sentido a las acciones y de integrar a personal y usuarios en la intervención, están también en este mismo sentido los funcionarios integrados a partir de los protocolos y de las funciones que cada uno tiene según su rol. En el sentido de las funciones como se destacó arriba en el capítulo II, cada uno de los funcionarios tiene según su rol y profesión unas tareas específicas que debe realizar. Analizando este punto se pudo apreciar que los funcionarios se integran al programa e integran a los otros al programa gracias a eso, a que cada uno hace lo que debe hacer y que se soportan en las funciones básicas en las que todos pueden participar. Como resultado de la observación, se pudo apreciar que cada uno de ellos, cumple su labor y que lo que hacen está direccionado y guiado por lo que deberían hacer, solo en casos de necesidad se traslapan los roles, como por ejemplo la atención y recepción de usuarios: “Después Pedro se va y Raquel viene a atender, ella de una se pone los guantes, Mientras Pedro no está –no sé a dónde fue-, Raquel atiende a dos PID” (06-11-18 observación propia d9).

“hay unas funciones específicas, y eso implica unas reglas pero es más desde las funciones dependiendo del perfil de cada uno, por ejemplo Pedro no puede hacer un proceso clínico, es clínico, aunque Pedro ha ganado mucha sensibilidad y perspicacia escuchando al otro Pedro no es la persona idónea para eso, al igual que si a mí me dicen, no sé, me voy a la olla con pepito y pepita sola pues no, probablemente dependiendo de quienes sean lo haga o no y Pedro está más capacitado para eso que nosotros, que yo por ejemplo, cada uno tiene sus funciones dependiendo no solo de su perfil profesional sino como de sus capacidades” (Información entrevista realizada a psicóloga).

A partir de la cita anterior se puede ver que el papel de las funciones es muy importante porque como es expresado no todos pueden desempeñarse en todo, sino que deben respetar lo que está estipulado para su cargo y que solo en excepciones se pueden hacer actividades y tareas por fuera de lo que cada quien debería hacer. Pero la cita además resalta la importancia no solo de las funciones sino también de la profesión de lo que cada uno sabe hacer y debe desempeñar, porque como la psicóloga lo indica, salirse de sus funciones es como hacer algo para lo que no estoy preparado.

Ya pasando al tema de los protocolos, desde la institucionalidad se tiene la perspectiva de que existen y que todo funciona bajo protocolos establecidos, al igual que desde la perspectiva de los trabajadores, todo tiene protocolos, unos ya existían y otros se han construido, eso refirieron en las entrevistas los funcionarios. En la observación cabe destacar que muchas de las actividades si tienen una especie de protocolo, por ejemplo la dinámica de la entrega y el depósito de los materiales en el guardián, qué debe hacer cada uno de los integrantes, quién puede ser catalogado como un caso, pero como todo, a pesar de la existencia de protocolos, hay fallas, por ejemplo en el protocolo de atención de sobredosis donde a pesar de que existen unas formas de proceder, no se cumplen, por ejemplo “que los estudiantes en prácticas no pueden realizar ninguna actividad participativa, solo de observación o de escucha” (Entrevista realizada a coordinador de pares), al final se integra a una persona a esta actividad y resulta en un accidente de riesgo biológico que pone en riesgo a la persona y al funcionamiento del programa, puesto que surge la inquietud de cómo se está procediendo y si todos tienen las capacidades para atender las diferentes situaciones que se presenten.²⁵

En pocas palabras la cuestión de los protocolos desde nuestra perspectiva no integra del todo al equipo y por ende a los usuarios, porque los protocolos están y no están al tiempo, se sobreentienden pero no son claros para todos, vienen siendo más como un ideal institucional y una idea de sustento detrás de lo que debería tener un programa, entonces en este caso funcionan otras cosas del reglamento para integrarse –como las funciones- pero no los protocolos.²⁶

Otra manera por la cual se integran o se integraban a los usuarios era por medio de la dinámica de las tolas, esto quiere decir que existían unas normas establecidas sobre la cantidad de jeringas a entregar y devolver. El usuario tenía un máximo por día y el fin de semana se le daban por la cantidad de días que iba a estar cerrado el local, dependiendo de la cantidad traída así se entregaba, lo que garantiza en parte, no completamente, el retorno de jeringas para poder recibir más. Esta forma de integrar a los usuarios depende mucho de la persona encargada de esta tarea puesto que como se pudo apreciar en la observación del trabajo de campo se cumple en muchas ocasiones pero también dependen de la persona que se atiende, las relaciones y cercanía que tenga el encargado con el usuario, lo que puede hacer variar el número de tolas entregadas, la entrega obedece a lo que la persona vea, conozca y considere que el otro merece.

²⁵ Este fue el caso de Lucía que se encontraba haciendo observación en el espacio, pero en medio de una urgencia por sobredosis que era solicitada en la calle del H, Raquel y Lucía salieron a socorrer, puesto que el espacio no puede quedar solo –o siendo atendido por un tercero- Andrea se quedó y la única alternativa era que Lucía ayudara a Raquel, en medio de la atención de sobredosis y al ver que el sujeto no respondía y estaba muriendo, Raquel decidió aplicar la Naloxona, alrededor la gente observaba pero nadie ayudaba, entonces Raquel le pidió a Lucía que sostuviera al sujeto y luego de la primera inyección del antídoto, al sacar la jeringa Raquel hizo un mal movimiento y chuzó a Lucía en uno de sus dedos, a pesar de tener guantes y de ser un hecho muy rápido, a Lucía le salió sangre, pero en ese momento siguieron atendiendo a el sujeto que después de otra inyección de Naloxona despertó. Lucía tuvo que ir a la clínica y hacer todo el procedimiento correspondiente a accidentes de riesgo biológico. El punto de este caso es que Raquel nunca debió involucrar a la persona en el hecho, por otro lado la persona no debió salir del local, pero no había otra opción en el momento y por último la acción demuestra la falta de experticia en una situación en la que cualquiera puede resultar afectado. Además de eso también es un ejemplo de cómo no funcionan los protocolos, ni tampoco son compartidos con un tercero que llega al espacio, lo que dificulta y entorpece lo que hace el programa.

²⁶ Se hizo la solicitud para acceder a los protocolos pero nunca fueron enviados, aunque dijeron que estaban escritos y los tenían, nunca los enviaron.

“Entonces le dice a Pedro que le dé más, Pedro le dice “cuatro tolas te alcanzan pa todo el día, cuatro vea (apunta a las instrucciones de la pared) (...) Después de que se fue, llegó otro PID que trajo 3 tolas pero dijo que 4, cuando le entregaron las 4 dijo que él pensaba que daban 6, Pedro le dice “de pronto el fin de semana, hoy no”, entonces el PID se va. (...)Llega otro PID y le dice a Pedro “¿Pedrito no me puede dar otra?, Pedro le responde “este man tan confianzudo”, pero al final se las da, cuando se las pasa, le dice “las traes por favor”” (25-10-18 observación propia d6).

Estas formas de actuar con respecto a las tolas integra de dos maneras, por un lado porque permite que las personas estén ahí, debido a que están recibiendo un beneficio, pero también beneficia al programa puesto que esa dinámica permite el retorno; por otro lado funciona en esas relaciones informales de entrega, puesto que el hecho de generar esas cercanías y entregas por fuera de la norma según la consideración del personal, permite que el usuario que es partícipe de esto sienta la motivación de seguir en el programa y de volver porque le están “ayudando” con las jeringas de más que él o ella necesitan. En este punto debo hacer una aclaración que quizá actualmente no esté ayudando mucho a la integración y a cometer el objetivo del programa que es reducir los riesgos, tiene que ver con el hecho que se están entregando la cantidad que ellos necesitan para inyectarse, sin tener como requisito unas cifras de retorno para entrega, esto fue expresado por los funcionarios en las entrevistas realizadas, que el cambio se dio a partir de enero del 2019. “no tenemos un límite en este momento de jeringas a entregar sino que si necesita 5 se le dan 5, si necesita 20 pues salen 20, bajamos bajo una idea de bajo umbral (...) se entregan las que quieran. “ (*Información entrevista realizada a coordinador técnico*).

Para terminar el mecanismo de reglamento se puede expresar que es una de las formas de integración más evidente en el programa, se puede apreciar en las diferentes fuentes de información disponible y es el que más se corresponde con la lógica porque tiene que ver con esa interiorización de normas, donde quien le habla a los usuarios y a los profesionales del equipo son unos conjuntos de normas y reglamentos basados en los derechos y la igualdad que tienen estas personas. Este mecanismo en el programa también tiene un sentido formativo y clínico, porque algo que les falta a los consumidores es disciplina y el conocimiento de límites sobre sus conductas, que las normas dan. Por último esta lógica al estilo weberiano sería un ideal, porque en la realidad tiene muchas características pero no es fiel completamente a ese deber ser.

Mecanismo de seguimiento:

Teniendo en cuenta que la lógica de la integración se entiende desde el control social, el otro mecanismo para encontrar esta lógica en el proceso de intervención de RRYD, es el de seguimiento, el cual en este caso se puede dividir en dos aspectos, siguiendo las formas del programa y su funcionamiento. Por un lado podemos encontrar el seguimiento a casos, y por el otro el seguimiento general, que hemos denominado, de continuidad.

El seguimiento a casos, es una de las formas que tiene el programa para integrar a los usuarios, puesto que son personas que tienen unas necesidades específicas y necesitan una escucha continua o la activación de una ruta de atención, es decir que necesitan unas derivaciones a otras instituciones por motivos de salud, derechos, atenciones básicas, entre otras. El programa ha

generado unas pautas para establecer quién es o puede ser un caso, para así poder hacer la derivación y que la persona sea atendida, pero también para poder darle seguimiento a lo que sucede con el caso del usuario.

"sí, mira nosotros, eso fue una discusión que tuvimos porque pues cuándo una persona es un caso y cuándo no, primero nosotros decidimos crear un documento que nos permite identificar cuándo una persona es un caso, entonces lo que yo te decía, uno de los criterios es que sea usuarios de drogas inyectadas principalmente de heroína, más puntual, digamos si asiste a dos o tres sesiones ya se convierte en un caso, que tenga una situación de salud y se esté haciendo un acompañamiento a un tratamiento, entonces esos son por ejemplos los principales" (*Información entrevista realizada psicóloga*).

En el seguimiento a casos se puede observar que por las atenciones hechas a los usuarios se lleva un registro de las actividades realizadas y a realizar, donde pueden ser una o varias actividades, para el caso por ejemplo del 2018 a junio del 2019, donde el registro del programa muestra unas actividades de atenciones a casos de 88 personas, entre usuarios y familiares de usuarios, pero a pesar de llevar y hacer un seguimiento, muchos de ellos quedan suspendidos, porque por lo general las descripciones terminan en el no asistir, pero no hay justificación o el pendiente de algo, no hay una devolución de si sucedió o no sucedió, lo que entorpece el proceso de seguir los casos, lo que dificulta el trabajo sobre el otro, puesto que no se sabe el por qué o en qué termina la derivación. "Se habló con el usuario nuevamente sobre los exámenes quedó en comprometerse a realizarlos." (*Registro de Actividad. 2018- 2019 junio. PRRyD*).²⁷

"8/02/2019: Usuario solicitó el espacio para conversar situaciones emocionales con su familia. Se escucha, valida emociones, se realizan algunas devoluciones y se acuerda que se realizarán unos espacios de escucha. Se acuerda espacio para próximo jueves. 14/02/2019: Se abordó el tema de ocupación con el usuario a lo que él encontró varias soluciones, se le brindó información de las bolsas de empleo de Comfandi y de prospera Aguablanca. Se propuso hacer una cartelera con las metas. Se acordó nueva cita el lunes 18 de febrero. (No asistió)." (*Registro de Actividad. 2018-2019 junio. PRRyD*).

El registro anterior demuestra claramente como a pesar de que se planean las actividades con los usuarios y se trata de dar seguimiento con ellas, esto no sucede puesto que la persona no regresa, pero el problema es que el registro no muestra o explica el porqué de la inasistencia, lo que no da continuidad al seguimiento que se enuncia que se hace y se hará al usuario, lo que dificulta la intervención sobre quien es intervenido.

Pero el seguimiento a casos también tiene un lado positivo para la integración de los usuarios, puesto que con algunos hay una especie de éxito en su caso y se da por terminado el acompañamiento, o se deposita la responsabilidad a su red de apoyo o entran a ser atendidos en las instituciones, pero esta última opción queda muy en el aire en el registro del programa puesto que como se dijo anteriormente siempre quedan pendientes, las citas, las atenciones, los exámenes.

²⁷ Ejemplo de tabla de formulario de registro de actividades y formato de casos. VER ANEXOS.

Hay también algunos casos donde el seguimiento se cierra por los incumplimientos de la persona usuaria.

“11/09/2018: Escucha para concretar acompañamiento, para atención en salud, la usuaria aceptó se programó un nuevo encuentro. 04/10/2018: Se le brindó la información a la usuaria que debe ir a su IPS para sacar la cita médica para que la puedan atender. Se está pendiente si lo hace pero por el momento no se continuará con acompañamiento debido a inasistencia a las citas acordadas.” (*Registro de Actividad. 2018- 2019 junio. PRRyD*).

Desde la perspectiva del programa el seguimiento a los casos se da por medio de la asistencia al programa y las escuchas a estos, por ejemplo se presentaban expresiones como “fuiste a la cita”, “reclamaste el examen”, “habló con su mamá”, entre otros. Y la dificultad para el seguimiento radica en las barreras de la persona por su situación de consumo y en la falta de articulación con las instituciones para comunicarse sobre la deserción de los procesos.

"sí claro, pues mira, depende del tipo de caso si se organiza lo de las secciones entonces el seguimiento está como en la sesión, cuando son por ejemplos personas que se orientan sobre la ruta por ejemplo para desintoxicación entonces lo que yo hago es con el usuario estar pendiente, contactarme con la institución de salud para averiguar cómo va el proceso y si tiene red de apoyo estar en constante comunicación con la red de apoyo para que ellos primero estén en todo el apoyo para ese proceso esa ruta y también para saber qué está pasando" (*Información entrevista realizada psicóloga*).

“Algunos usuarios acceden a las rutas, pero al retirarse del centro de salud, especialmente por el síndrome de abstinencia, experimentan sentimientos de frustración, malestar y tristeza. Esto ocasiona que, a veces, disminuyan su participación en el programa pues pueden sentirse avergonzados y frustrados. Por lo tanto, saber cómo siguen es un proceso que se complejiza y se sale de las manos del grupo de profesionales del Programa. El equipo del Programa generalmente se encuentra sin apoyo de las demás instituciones prestadoras de servicios, para realizar los seguimientos a los casos derivados, sobre todo cuando los usuarios desertan del servicio.” (*Informe final Ministerio de Salud: 2016: hoja1*).

Esta última cita es muy importante para comprender cómo la lógica de integración tiene fallas dentro del programa y que no se cumple totalmente, que la dificultad de hacer seguimiento y las barreras tanto personales como institucionales hace que el trabajo sobre el otro se vea limitado y tengan que dejar de lado ciertas acciones como lo es el seguimiento lo que dificulta hacer un buen control sobre los usuarios.

En términos generales el seguimiento a casos es una manera de integrar siempre y cuando exista un compromiso de parte y parte, de la persona y de la institución, y que si bien se desarrollan acciones para realizar ese seguimiento, por ejemplo, se pregunta, se escucha al otro, entre otras, no son suficientes para lograr una cobertura integral del caso y llegar a una solución, lo que genera una persistencia de las situaciones y un fallido accionar sobre el otro.

Por otro lado, el segundo aspecto que compone el mecanismo de vigilancia es el seguimiento en general, el que se ha denominado como el de continuidad, con este se hace

referencia al seguimiento que se le hace a cualquier usuario, independientemente si es o no un caso, para el programa, este seguimiento demuestra que la lógica de integración también falla o no se aplica completamente en el proceso de intervención, puesto que el rastreo de la continuidad de los usuarios es muy baja y no es algo determinado y con pautas establecidas de qué y cómo seguir a alguien que no ha regresado por el material de inyección. Este ejercicio de seguimiento a la continuidad es algo más bien informal y depende de la subjetividad del encargado de la tarea de despachar y recibir el material.

Partiendo de la perspectiva del programa el seguimiento se le hace a los casos porque son demandas puntuales. Para el caso de los usuarios en general solamente hay una especie de seguimiento en el relacionamiento cuando la persona viene por las jeringas y el encargado pregunta sobre su estado y si no ha regresado y este lo tiene en cuenta, el por qué no ha regresado. En otras ocasiones la persona encargada también pregunta a otros por el paradero de algún usuario, pero como se dijo depende de la relación del encargado con el usuario y de si tiene en cuenta que el usuario no ha aparecido, de lo contrario, la continuidad del sujeto no entra a ser algo que esté presente en el funcionamiento y en el desarrollo de las actividades que se llevan a cabo o de las cifras que tienen en el registro del programa.

“Pedro y un PID chocan puños y le dice que por qué no habían vuelto, el PID le cuenta que llevaba tres semanas con metadona, que se vino a trabajar “acá” y que recayó, Pedro le dice “cuando le den ganas de recaer acuérdesese de todo lo malo que le ha pasado por la droga”, el PID reclama y se va.”(18-10-18 observación propia. d4).

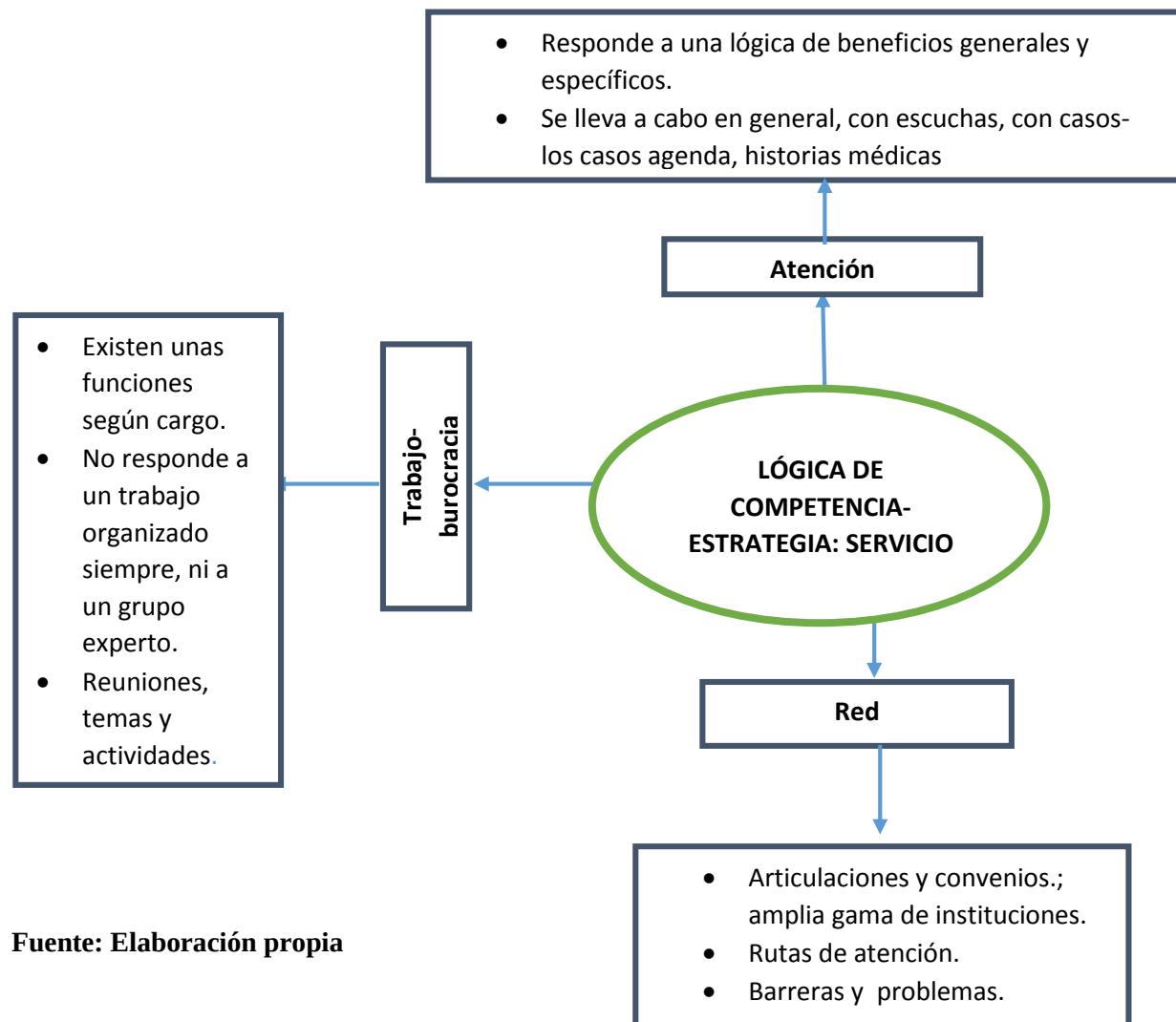
Respuesta a la pregunta de qué sucede si se pierde unos días y no regresa al programa, qué sucede cuando vuelve: “no, nada, yo he pasado como uno o dos meses sin venir y no nada” (Información entrevista a usuario R). “están pendiente de eso, porque si le dicen a uno, que, y usted mijá ¿dónde estaba?” (Información entrevista a usuario D).

Este último mecanismo de la lógica de integración permite apreciar como esta no funciona del todo en el proceso de intervención que se da en el programa y que así se apele a unas normas y unas formas de proceder, estas no siempre van a integrar a los usuarios como se espera que lo hagan lo que da cabida a que otras lógicas de la acción hagan presencia en la intervención. Sin embargo a pesar de que la lógica tenga fallas, esta busca de una manera u otra el control social, por medio de que el otro aprenda e interiorice unas formas de proceder que le permitan el autocuidado y que sus acciones no perjudiquen a los otros.

3.2.2 Lógica de la competencia- estrategia:

Esta lógica está presente en algunos aspectos de la intervención que lleva a cabo el programa de Reducción de Riesgos y Daños. Para este caso según Dubet (2011) postula que las personas son estrategas y apuntan a ciertos objetivos, lo que para el caso del programa está presente en los miembros del equipo, puesto que ellos apuntan hacia el objetivo de una lógica de beneficios para diferentes actores de la sociedad. Con esto se hace referencia a que por medio de las diferentes estrategias que se utilizan en el programa se puede apelar y resolver una lógica de beneficios que cobijan tanto a los usuarios, la comunidad y la sociedad en general.

ESQUEMA 3. LÓGICA DE COMPETENCIA- ESTRATEGIA



Fuente: Elaboración propia

Si nos preguntamos cómo funciona esta lógica en el programa se encuentra que funciona a través de la articulación con las instituciones o red, la estructura y trabajo burocrático y por último la atención. Hay que aclarar que esta lógica se caracteriza por el servicio pero que para el caso del programa de Reducción de Riesgos y Daños esta no se cumple completamente debido a que no se tiene que pagar por un servicio, la persona usuaria no es cliente y aunque sí pueda exigir calidad en lo que recibe y en la atención esto no es algo que se vea en el programa. Volviendo a la pregunta de cómo funciona, a continuación se desarrollará las formas en que se presenta la lógica en la intervención.

Articulación con instituciones o red:

Esta lógica según Dubet (2006) apela a que las personas y el personal que atiende al otro tienen carga y tiempo asignados a actividades administrativas, reuniones y cuestiones burocráticas; teniendo en cuenta esto podemos apreciar en el programa que una forma de esta lógica son las articulaciones y convenios con otras instituciones tanto públicas como privadas para atender a los usuarios, son esas relaciones de trabajo mancomunado que se gestiona con las instituciones para generar y activar las rutas de atención que se nombraron anteriormente.

Las relaciones y articulaciones con instituciones se comportan de dos maneras dentro del programa para que se dé la intervención sobre la otra persona. Primero, funcionan a través de las rutas de atención, de las reuniones y jornadas de sensibilización, difusión y articulación. Segundo, funcionan de manera problemática debido a las diferentes barreras que se presentan en las atenciones a los usuarios y en el trato y la comunicación del personal del equipo y las personas de las instituciones.

Viéndolo de esta manera se puede concluir que esta forma en cómo opera la lógica funciona pero al mismo tiempo tiene sus limitantes y problemas para poder lograr un trabajo sobre los otros y aunque el programa tenga en sus estrategias el hacer derivaciones, convenios y actividades con otras instituciones algunas se cumplen satisfactoriamente y otras no, donde recae la responsabilidad tanto en el equipo, como usuarios e instituciones.

“Llevar a cabo reuniones de articulación con las instituciones por ejemplo prestadoras de servicios de salud, no ha sido una tarea fácil. Esto se debe a que en ocasiones hay barreras burocráticas y/o no es clara la información sobre los responsables de las rutas de atención, lo cual complejiza la posibilidad de conversar la relevancia de rutas con enfoques diferenciales para los usuarios beneficiarios” (*Informe final Ministerio de Salud: 2016: hoja 1*).

“Existen dificultades en las rutas de salud para la atención de los usuarios. Por un lado, están las barreras institucionales que complejizan y/o entorpecen el acceso, el acompañamiento, el seguimiento y/o la adherencia al tratamiento por parte de las personas beneficiarios del Programa. Dentro de las principales razones están: 1. Se requiere que el usuario acuda al centro de salud. Por lo tanto, él o ella necesitan conseguir dinero para el transporte y, al estar lejos del territorio de expendio y consumo, también precisa obtener dinero para comprar la(s) dosis necesaria(s) para más tarde 2. Dado que los usuarios beneficiarios del Programa se inyectan la heroína, éstas son retenidas en el medio de transporte o el centro de salud pues está prohibido el ingreso de objetos corto

punzantes 3. No hay manejo adecuado al síndrome de abstinencia, de modo que cuando este aparece los usuarios abandonan las instalaciones del servicio muchas veces sin ser atendidos.” (*Informe final Ministerio de Salud: 2016: hoja 1*).

“De las derivaciones llevadas a cabo nueve fueron exitosas, ya que acudieron al servicio de salud y en este le dieron un manejo que le permitió al usuario tener un impacto positivo en aquello que comprometía su salud. El número restante no fue exitoso principalmente porque tuvieron dificultades en acceder al servicio por motivos de distancia, transporte, hambre, no cuentan con cedula de ciudadanía y sobre todo desertaban por el síndrome de abstinencia” (*Informe final Ministerio de Salud: 2016: hoja 1*).

“Esteban se queja de la gerente porque tenían una reunión y la señora no había leído nada de lo que se le había enviado para el convenio”.

“Hubo indiferencia, y Esteban decía que había que meterle miedo para que se interesaran. “Frente a capacitación policía. (09-10 -18 observación propia. D3).

"bueno son relaciones de lucha, pues mira que en general nos ha ido bien, nosotros tenemos una buena relación con secretaría de salud y hemos logrado algunas alianzas con Samaritanos de la Calle, con el Centro de Salud del Obrero, con el Primitivo Iglesias, con el San Juan de Dios, con Secretaría de desarrollo y bienestar social, bueno han sido como unas alianzas importantes que hemos hecho precisamente para generar una buena articulación y eso nos ha posibilitado lograr más de lo que ya se hacía, pero en general ha sido bien, pero si ha sido un poco difícil con algunas instituciones de salud pues como con los hospitales y las ESE y todo porque para hacer seguimiento a casos, para solicitar ciertas cosas a veces es difícil hay mucha burocracia, nuestro sistema de salud no es que sea el más bueno y no es que funcione muy bien entonces digamos que eso hace que a veces sea un poco más complejo y faltan muchos más alianzas porque no es fácil, pero digamos que la que se han logrado han sido positivas, muchas veces los procesos son muy lentos y pues uno necesita como algo más rápido pero digamos que en general ha sido bien, yo diría que debería ser un poquito todo más rápido y menos burocrático pero pues" (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

Las citas anteriores demuestran las relaciones con las instituciones, indican que existe tanto un respaldo como unas barreras que permiten y no permiten el trabajo sobre los demás, lo que hace que la intervención se vea restringida. Este punto es muy importante porque muestra la dificultad con las instituciones y con la articulación entre los diferentes actores, pero también expone que a pesar de que hay barreras, también hay casos que logran ser atendidos y que como dice el personal del equipo esas relaciones han avanzado y que ha habido un cambio en las instituciones debido a la visibilidad que se le ha dado a la población. Por último y teniendo en cuenta a Dubet (2011) la atención, los convenios y las articulaciones que logra hacer el programa es debido al comportamiento y a las acciones estratégicas que desempeñan los miembros del equipo para poder lograr los fines que se proponen.

Las barreras con las instituciones y con las articulaciones con las mismas también son una forma de ver la lógica de servicio en el programa puesto que se puede apreciar el trabajo que tienen que desplegar los funcionarios para aminorar esas barreras y para que los convenios puedan

resultar de la mejor manera. Desde la perspectiva de los funcionarios este punto es una de las dificultades más grandes que tiene el programa porque esas barreras no permiten que se dé el trabajo con el otro, aunque hay que aclarar que existen muchas organizaciones e instituciones, una amplia gama de instituciones públicas y privadas que si permiten que el programa funcione y la persona pueda recibir diferentes servicios que requiera.

“muchísimas, EPS o EAPB todas las que quieras, Emsanar, Coosalud, Salud Total, S.O.S, Comfenalco, Comfanfdi, Asmet Salud, ehh, Samaritanos de la Calle, Ser Gente, Casa Matria, el centro de empleabilidad de Comfandi, ehheh, la Secretaría de Bienestar Social y desarrollo territorial, la Secretaría de Educación, Policía, los centros de, las juntas de acción local las JAL y las JAC, la comuna 9, la comuna 10 del barrio Sucre, del barrio Belalcázar, ehheh, instituciones así, el hospital, bueno hospitales también todos, Hospital San Juan de Dios, Primitivo, Universitario, Psiquiátrico, en Santander de Quilichao, ehheh, Sinergia, universidades, Universidad del Valle, Universidad Icesi, Universidad de Nueva York, Universidad de Filadelfia, hay muchas instituciones que han trabajado”. *(Información entrevista realizada a coordinador técnico)*.

Las rutas de atención también son una forma de identificar la lógica de servicio, porque en sí mismas las rutas se pueden considerar como servicios a los que acceden los usuarios, aquellos que tengan necesidades especiales y puntuales, para esto el programa ha desarrollado una serie de relacionamientos y articulaciones con instituciones que permiten la atención de los usuarios. Las rutas se activan cuando la persona acude al programa y tiene una necesidad por tanto el equipo lo deriva a otras instituciones en las cuales se le da manejo a la situación –con limitaciones como ya se dijo-, las rutas varían según lo que la persona demande y el equipo es el encargado de gestionar una parte de esa atención, porque el usuario también tiene una responsabilidad en su proceso. Si miramos esto desde Dubet podemos encasillarlo en su idea de que el usuario tiene derecho a ciertos servicios en función de sus méritos, de sus desventajas. En este caso son esas desventajas las que permiten que el usuario acceda a esas instituciones, a esas rutas de atención que necesita para su bienestar.

“hay varias rutas, digamos si es para desintoxicación entonces a ellos se les explica que primero deben pedir cita con médico general contarles al médico para que el médico lo remita al psiquiatra, trabajo social y psicología, cuando van donde el psiquiatra, entonces el psiquiatra los valora y ya él es que el define si les envía por ejemplo la metadona a la casa o los manda un centro de rehabilitación y ya ellos se deben hacer unos exámenes y ya pues ingresan si los mandan al centro de rehabilitación o si le mandan medicamento a la casa, entonces nosotros les explicamos eso inclusive muchas ocasiones le sacamos la cita, buscamos las redes de apoyo para que los acompañen o nosotros los acompañamos depende del caso y se hace pues el seguimiento que te acabe de explicar. Para la ruta de alguna situación de salud, pues depende, si es una urgencia pues se deriva al San Juan de Dios o al Primitivo principalmente cuando no tienen aseguramiento o es algo como muy urgente, pero ya si tienen su EPS pues que vayan a su EPS o pues ya si necesitan como por ejemplo para verificar algún diagnóstico o algo pues ya deben pedir la cita médica, explicarle al médico para que le mande los exámenes e igual se hace como el seguimiento; cuando es una situación por violencia entonces la ruta es llevar a la persona a urgencias para que sea valorada entonces como tal el hospital debe hacerse cargo de su protección, mientras se define, se debe

poner la denuncia en la Fiscalía y se le debe dar a ella protección que el hospital o la clínica debe dar la protección y digamos que eso es la ruta para violencia, obviamente ya en el hospital le hacen toda la valoración médica psicológica y todo eso. Las rutas que más usamos nosotros son como esas, ah bueno y pues esas como más la articulación con Samaritanos que ya si ellos requieren alguna situación de asistencia básica entonces los dispositivos de Samaritanos que están unos ofrecen ducha y alimentación otros para dormir en la noche, hay talleres, y también entonces se les explica dónde son los sitios, los horarios, para que ellos asistan” (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

Estructura y trabajo burocrático:

Continuando con la idea anterior de Dubet (2006) sobre el trabajo burocrático, donde para la lógica del servicio “es necesario construir actividades conjuntas, organizar el trabajo, conocer los procedimientos, ser integrante eficaz de un equipo y de la organización” (p. 92.) el trabajo realizado en el programa de RRYD se corresponde en parte con lo que dice Dubet, lo hace en el sentido de que existen unas funciones específicas que cada persona del equipo debe cumplir, donde entre ellos mismos se realizan actividades en conjunto y se organiza lo que se va a realizar en el programa, por medio de esto logran ser parte del proceso de tal manera que funcione y que se pueda llevar a cabo la intervención.

“Sí (...) una vez a la semana, la idea es que sea una vez a la semana, a veces pues se posterga por ocupaciones varias que surge algún inconveniente pero generalmente es una vez la semana y se habla pues de las actividades a realizar, de la planeación, de ese plan de trabajo que nos habíamos planteado y también estamos generando un espacio para discusión, como más en términos de teorías y conceptos” (*Información entrevista realizada a coordinadora de tratamiento comunitario*).

Por otra parte y en correspondencia con Dubet (2006) que dice que desde esta lógica se deben realizar las tareas con solvencia por parte de un personal experto, se pudo encontrar que desde las perspectiva del personal del equipo estos consideran que no son expertos en la materia, es decir en el programa, pero sí lo son en su área de profesión, mientras los usuarios ven a estas personas como aquellos que saben más y que tienen el conocimiento de los procedimientos, de las sustancias y demás aspectos y campos que abarca el programa. Esto hace que la intervención tenga impacto, por un lado porque las personas consideran o encuentran en ellos a un experto que los guía y los ayuda, lo que genera que asistan, por otro lado el hecho de no considerarse experto puede alentar a forjar eso en lo que no se es experto y ayudar al programa. Este punto de la experticia, donde los mismos funcionarios no la reconocen, puede tener su razón de ser en el hecho de que el equipo es muy joven, como ya presentó en el apartado de actores, lo que muestra que a pesar de que se tenga conocimiento, hay una falta de experiencia por su corta edad, para enfrentar diferentes situaciones que se puedan presentar.

"pues sí y no, o sea, evidentemente si hay como lineamientos en unas tareas en conjunto que hacemos que le da un orden al programa pero es que realmente como decir que uno es experto es el tema es difícil, lo que te digo yo soy el que en teoría soy el experto no solamente del programa sino como municipio yo aparezco como el experto en reducción de riesgos y daños (...)yo no puedo

decir que todos seamos expertos apenas estamos en formación todos, obviamente tenemos cierta experticia, tenemos cierta formación pero todavía no considero que seamos expertos en el tema." *(Información entrevista realizada coordinador técnico).*

"Otro PID que se llama Bryan pregunta a Pedro "¿si uno guarda el chute pa el otro día es malo?" Pedro le explica que no, que lo malo es que quede con sangre porque se coagula, pero que sí se puede guardar el chute para el otro día", "Luego llegó un PID con un aparato de médico, preguntándole a Pedro que eso qué era, "¿quién compra eso?", "Pedro se las sabe todas" (02-11-18 observación propia. D8).

En este punto del trabajo-burocracia y la idea de Dubet de las reuniones y actividades burocráticas a las que se enfrenta el trabajador, el experto de esta lógica, lo podemos encontrar en el programa cuando los funcionarios se reúnen cada ocho días a planear las actividades de la semana, discutir los temas y situaciones que ocurren y ocurrieron. Son reuniones flexibles según las actividades del equipo y las responsabilidades que tengan los funcionarios para el día y la hora pactados. También se dan reuniones entre miembros del equipo, por ejemplo entre psicólogas o psicóloga con coordinadora de tratamiento comunitario para concordar actividades específicas que les conciernen a ambas.

"nosotros hemos dispuesto un espacio de los miércoles en la tarde de manera semanal, para abordar temas muy concretos del trabajo, acordar como actividades, revisar qué ha pasado y así, pero también es como un interés de parte de nosotros también de trabajar temas ya un poco más teóricos, entonces leer algunos documentos para ver cómo fortalecemos desde lo teórico lo del programa, lo del proceso, esa es la reunión que tenemos de todo el equipo, por ejemplo yo también tengo algunas reuniones con Victoria para organizar la parte comunitaria pero no tenemos una fecha exacta pero si cada cierto tiempo nos reunimos como para ver cómo vamos, qué vamos a hacer y así". *(Información entrevista realizada a psicóloga).*

La idea anterior de Dubet también se encuentra en las formas de proceder como programa porque al ser parte del Estado, al ser un programa público se tiene que enfrentar a la burocracia, por ejemplo para que reciban los diferentes recursos necesarios para atender a los usuarios y para el funcionamiento deben enfrentarse a una serie de procesos burocráticos y hacer proyectos que justifiquen los recursos para poder acceder a estos. Esta parte, la de enfrentarse a la burocracia restringe el trabajo sobre el otro porque limita y entorpece los procesos debido a la serie de acciones y actividades que deben llevar a cabo los funcionarios. Desde la perspectiva del equipo las relaciones con las instituciones sea la SSPM u otras, deberían ser menos burocráticas y más rápidas para un cubrimiento integral en la intervención "La Secretaría tiene un recurso puntual, son 1000 millones de pesos pero uno funciona con 500, faltan 400 que debemos conseguirlos de alguna forma, entonces generalmente son proyectos, aplicar un proyecto a otro proyecto" *(Información entrevista realizada a coordinador técnico).*

Continuando con la misma idea de Dubet (2006) donde explicita que los "profesionales se quejan de la carga y el tiempo asignados a actividades administrativas" (p.92.) Podemos encontrar esto en los funcionarios del programa, tanto en la párrafo anterior sobre la burocracia, como en el hecho de que desde la perspectiva de estos lo que les falta para fortalecer como programa o lo que

les gustaría tener, es un equipo más grande y más diverso en profesiones que les ayude a cubrir todas las demandas que los usuarios tienen.

“Entre nosotros casi no hay como dificultades, de pronto que a veces el equipo es un poco pequeño, o sea, podría el equipo ser un poco más grande para tener un mayor alcance porque a veces hay muchas cosas por hacer pero literalmente el tiempo no alcanza, el tiempo es muy poco para todo lo que hay que hacer.” (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

En la cuestión del trabajo burocrático para llevar a cabo un trabajo sobre el otro se puede ver que en el programa se presentan algunas características que se asemejan y que se relacionan a lo que plantea Dubet, pero que en la acción, en el día a día puede desvirtuarse un poco por las diferentes situaciones que se pueden enfrentar, por ejemplo que el trabajo no sea tan organizado porque dependen de otras instancias como la SSPM para realizar ciertas acciones. El caso es que a pesar de que en algunas cosas el trabajo se vea truncado, hay algo muy claro y es que la burocracia permea la intervención que estas personas llevan a cabo sobre otros.

Atención:

Como se expresó anteriormente la lógica de competencia aspira o apunta a objetivos y a intereses. Podemos ver que el programa funciona bajo una lógica de obtención de beneficios donde los actores que componen la intervención deben poner de su parte para que como se dice coloquialmente “todos ganen”, donde usuarios y equipo –incluyendo instituciones –, generan acciones que traen satisfacciones sobre unos intereses personales y colectivos, por ejemplo en los usuarios el acceder a un material higiénico, a una atención psicológica y a una reducción de muertes por sobredosis, lo que les permite a ellos evitar riesgos, contagios de enfermedades, ayudas emocionales, ayudas en materia de salud, salir de la rutina por un momento, aprender temas como el autocuidado, entre otras cosas; y unos beneficios colectivos como por ejemplo la disminución de jeringas en calle, lo que beneficia a la comunidad de accidentes y también el acceder al material disminuye los robos para conseguir dinero para conseguir ese material, es decir menos delincuencia; en un plano más de ciudad trae beneficios con la disminución de la expansión de enfermedades como VIH y Hepatitis C.

"primero, trae beneficios a la población inyectora, es una población de difícil acceso, con muchas demandas, con pocas respuestas y con riesgo, entonces les damos un beneficio en que pueden acceder a unos materiales que requiere, que previenen enfermedades, que previenen situaciones de riesgo de muerte como sobredosis y enfermedades como hepatitis B, hepatitis C, bueno, o VIH, la zona de consumir es una zona a cielo abierto es una zona transitada, hay mucho comercio, hay colegios, hay iglesia, hay comunidad no consumidora viviendo ahí, muchos niños, y el hecho de que hayan jeringas tiradas por el piso es un riesgo grande, hay un tema de que vos necesitas gestionar la plata para comprar la sustancia que tengo planeada para la jeringa entonces la gestionas cómo sea pidiendo plata o robando o lo que sea pero la conseguís, entonces impactamos a nivel de comunidad, reducimos el riesgo de punciones accidentales en la calle con niños, personas adultas y demás que habitan esos espacios porque las jeringas no quedan en el piso como antes, o en la basura, sino que las ponemos en situaciones de cuidado en guardianes que previenen las punciones,

le colocamos o reducimos la necesidad que entre recursos para la compra de insumos a las personas inyectoras lo que impacta directamente en temas de seguridad ciudadana, impactamos en cortar o parar la transmisión de VIH y hepatitis C, el tema es que estas personas tienen relaciones sexuales por fuera con personas no consumidoras, con sus parejas y posiblemente el VIH o la hepatitis C no se quede allí sino que se salga de por fuera de esto nudos, entonces también impactamos este punto, entonces creo que es un beneficio y políticamente el hecho que una persona se te muera como municipio es un tema totalmente de impacto, el tema de la sobredosis es un tema totalmente prevenible, es un tema de impacto grandísimo” (*Información entrevista realizada coordinador técnico*).

El estar sujeto a unos beneficios personales y colectivos permite al programa mantener un equilibrio ya que desarrollan unas actividades producto de las estrategias para lograr sus objetivos, específicamente el de reducir los daños y riesgos en la sociedad en general, a través de los consumidores de droga inyectada.

Siguiendo con la idea de que la lógica de competencia demanda la obtención de objetivos se puede encontrar que en el programa funciona desde las estrategias del equipo para con los usuarios y poder lograr lo que se han planteado, es a partir de las racionalidades del equipo que se logra que las personas reduzcan todas aquellas acciones que les puedan generar riesgos, daños y hasta la muerte.

En el caso de las atenciones generales y específicas se puede percibir lo que se acaba de decir porque por ejemplo por medio de las escuchas, de las intervenciones y devoluciones de las psicólogas, el usuario puede estabilizarse o encontrar solución a alguna cuestión que lo esté mortificando “lo ayuda a uno en la parte emocional cuando uno tiene problemas, entonces lo escuchan, también lo orientan, le dan consejos” (*Información entrevista realizada a usuario C*). Otra forma en la que se puede percibir lo dicho es por medio de las atenciones específicas como lo son los casos –que ya se explicaron anteriormente-, el que una persona sea un caso y que se atienda y se siga su proceso ya sea en una institución de salud, jurídica, de atención básica o cual sea, permite también reducir riesgos en la vida de la persona “El usuario arrancó tratamiento para Tbc, se logró que el medicamento sea entregado desde el Programa de RRYD y con apoyo de la comunidad.” (*Registro de Actividad. 2018- 2019 junio. PRRyD*). Y una última forma son las atenciones en general donde por medio de la entrega de material se reduce el riesgo de compartir jeringas “beneficios buenos, de higiene, de agujas, cosas que uno necesita para nuestro sobrevivir que son a esa droga a esa heroína y eso requiere mucha higiene, mucha preparación, porque eso no es un juego, usted sabe que uno se mata con eso” (*Información entrevista realizada a usuario J*).

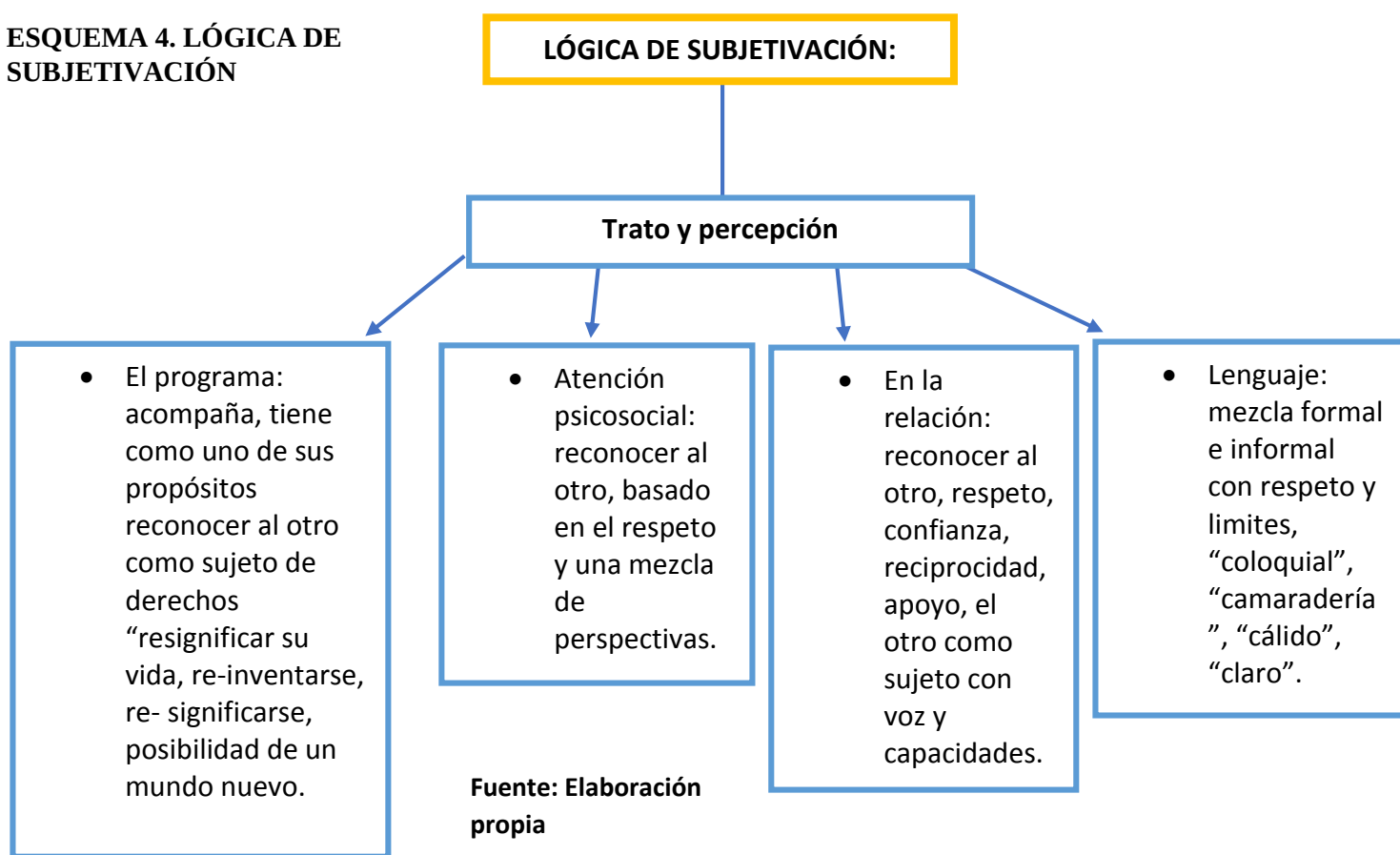
En general, la lógica de competencia- estrategia, permea la intervención que se lleva a cabo en el programa de Reducción de Riesgos de Daños, permite a través de sus formas de actuar trabajar sobre una población que necesita ser atendida, a partir de las relaciones con las instituciones sean prósperas o no, a través del trabajo y la burocracia y de las atenciones, el programa puede desempeñar la intervención en los usuarios y trabajar con ellos de una manera que se logren los objetivos que se han propuesto, aunque estos puedan variar, es decir, se modifiquen

según lo que va ocurriendo en el pasar de los días o puedan cumplirse en ciertos sentidos y partes, pero no completamente.

3.2.3 Lógica de Subjetivación:

Al igual que las dos lógicas anteriores, la lógica de subjetivación también se encuentra presente en la intervención que lleva a cabo el programa de reducción de riesgos y daños. Esta lógica entendida por Dubet (2006) como aquella en donde el actor se hace a sí mismo como un sujeto, donde ellos mismos le dan significado a sus acciones y donde el principal problema es el de lograr la autenticidad y vivir su propia vida. Si buscamos esta lógica en el programa es evidente en el discurso de las personas del equipo, como en una especie del deber ser detrás de todo lo que tiene el programa, pero si se busca en las acciones y situaciones es un poco complejo percibirlo. Sin embargo es posible evidenciar la lógica por medio del trato y la percepción, de las relaciones que establecen el personal del equipo con los usuarios.

ESQUEMA 4. LÓGICA DE SUBJETIVACIÓN



Trato y percepción:

Partiendo de la idea de la lógica donde el que se interviene es una persona singular, podemos pensar esto en el programa a partir de la idea de que cada persona a pesar de que tenga

un código es atendida por su nombre, en la relación de atención al otro, no se trata a las otras personas como un colectivo de consumidores, sino que se hace por el nombre de cada quien, con la finalidad de reconocer al otro y generar cercanía para poder seguir desarrollando un trabajo con ese otro. Esto fue muy evidente en el trabajo de campo cuando la persona encargada del despacho de material siempre saludaba al otro por el nombre o por el sobrenombre que lo caracteriza. El uso del nombre es muy importante porque está reconociendo al otro como un sujeto particular y único, ese uso permite al equipo generar la relación pertinente en el momento de atención, aparte de esto el usar el nombre del usuario es la demostración de que ese otro existe para mí en tanto persona y no como una mera categorización de consumidor o habitante de calle, aunque cada persona sea reducida a un código, el llamarlo por el nombre le devuelve ese condición de individuo.

Por otro lado también según Dubet (2006) el trabajo sobre el otro es una relación entre individuos que involucra dos personas, en el caso del programa funciona cuando las personas atienden a los usuarios, donde no se aprecia para el investigador y no se siente para el usuario que la otra persona esté por encima o tenga un rol de autoridad, sino que por el contrario como lo expresan los usuarios “es muy familiar, uno no se siente como la doctora por allá más arriba de uno, no, ellos se tratan de igualar como a uno, sin salirse de los parámetros” (*Información entrevista realizada a usuario C*).

Siguiendo con el trato, las relaciones que se gestan varían mucho según la persona que atiende y la que es atendida, por lo general el trato del coordinador de pares con los usuarios es un trato muy cercano, de camaradería, de familiaridad, de respeto, de aprecio, como si fuesen personas que se conocieran mucho y donde hay empatía de parte y parte. Con las psicólogas el trato cambia pues hay más distancia, a pesar de ser un trato familiar, el simple hecho de tener un rol más privado, más de oficina o consultorio genera que sea un trato respetuoso y cercano pero con límites. Con el coordinador técnico el trato es bueno, amable, de respeto pero no muy cercano. Al igual que con la coordinadora de tratamiento comunitario el trato es respetuoso y de confianza pero también manejando los límites. En estos casos a pesar de que haya cercanía y camaradería, a pesar de que sea una relación entre dos personas, no dejan de existir unos límites entre las relaciones que se llevan a cabo.

Estas relaciones que se generan y que se caracterizan por la reciprocidad, el respeto mutuo, la confianza, el apoyo, el aprecio y la claridad, permiten que el usuario del programa de alguna forma se perfile para hacerse a sí mismo como sujeto, puesto que el hecho que en medio de su contexto de consumo, de habitabilidad de calle y demás, la persona pueda encontrar diferentes situaciones y relaciones que le permiten ir definiendo quién es y qué quiere para su vida, como los usuarios lo expresan “pues sí, cosas que a veces le dicen a uno, le queden a uno y uno la piense para mejorar o para hacer otras cosas buenas” (*Información entrevista realizada a usuario D*).

“Por lo menos de mi parte yo recibo como esa motivación a que aun estando en este medio, aun haciendo lo que hago pues del consumo tengo la oportunidad de estar entre personas que no son consumidoras que le aportan a uno, que le enseñan a uno, que lo apoyan en uno y creen en uno, en

poder uno salir adelante aun estando en este espacio, entonces eso le da a uno motivación de querer ir dejando poco a poco” (*Información entrevista realizada a usuario C*).

Quizás la persona no logre por medio del programa encontrar la autenticidad y la capacidad de vivir como el actor de su propia vida, pero la atención psicológica por ejemplo se puede ver como una herramienta para que esa persona reflexione sobre ciertas cosas de su vida, de su consumo y del cómo está viviendo, el hecho de que aprenda prácticas de autocuidado por ejemplo genera que ya esté impactando en su vida y en sus acciones como persona.

En las relaciones desde la perspectiva de las personas del equipo se busca siempre reconocer al otro como un sujeto que tiene voz, en los discursos de los funcionarios se pudo apreciar que lo que los mueve a ellos a trabajar es el reconocer al otro , reconocerlo como sujeto de derechos y resignificarlos, con esto hacen referencia a acciones como por ejemplo cuando le dicen a la persona o lo llevan a que lo atiendan porque tiene derechos, porque así sea alguien en condición de calle también es una persona valiosa que tiene derechos y que cuenta. “lo que ella hacía era escucharla para saber orientarla a lugares donde la pudieran atender porque ella tenía derecho, según ella, el caso de la usuaria tiene que ver con un episodio en el cual es sacada a la calle, tiene problemas, entonces ella le recomendó que fuera a Casa Matria” (27-09-18 *observación propia. d1*). Otra de las acciones para resignificarlos como ellos lo anuncian es cuando por medio de ir a otros espacios a presentar el programa, con las actividades con la comunidad como por ejemplo pintar un mural en diciembre donde todos se junten con todos, permite que se dé otra imagen y otras representaciones de quienes son las personas usuarias del programa, el hecho de ponerlos en escena, los resignifica.

“sí, yo considero que sí, lo que te decía al comienzo, para mí lo más grande es dar a conocer estas poblaciones y reconocer que son una población sujetos de derecho, que existen y que están en este mundo social, que tienen un espacio, que tienen unos tiempos, que tienen un contexto, que se le debe dar lugar y que su consumo es una práctica más dentro de su forma de vida, que tienen una historia y tienen una situación que se puede potencializar y que puede ser totalmente” (*Información entrevista realizada a coordinador técnico*).

También en las relaciones se puede apreciar la lógica de subjetivación porque como ya se dijo anteriormente, no se percibe una relación distante y donde la autoridad esté marcada entre los usuarios y el equipo, “si me sitúo desde un lugar de poder que genere una verticalidad va a ser más difícil establecer una relación” (*Información entrevista realizada a psicóloga*). Siguiendo la idea de Dubet que dice que en esta lógica se ofrece una relación y el trabajo sobre el otro es una relación de dos personas, en el programa lo podemos encontrar en la relación que se establece entre usuario y funcionario, una relación de confianza, donde el encargado de la intervención comprende las dinámicas del otro, es esa relación que ha forjado el programa con los usuarios que hace que los mismos usuarios continúen estando en el espacio, respetando a los funcionarios y apropiándose del lugar, es esa relación de familiaridad que ofrecen que hacen que las personas usuarias reconsideren muchas cosas de su consumo y de sus vidas.

“Son sujetos que están allí, que llevan de la mano la depresión, lleva de la mano su adicción, lleva de la mano la soledad, lleva de la mano una carencia de redes y en realidad si uno no se conecta de

una forma humana con ellos desde tu propia fragilidad, entendiendo la fragilidad de ellos, difícilmente, difícilmente porque vas a tener unas expectativas muy distintas” (*Información entrevista realizada a coordinadora de tratamiento comunitario*).

Por otro lado en el discurso de los funcionarios, se encuentra que para ellos el programa ayuda a los usuarios a “construir un mundo dentro de sus posibilidades”, y si se mira en sus objetivos en algo se puede encontrar esto y es en el hecho de enunciar que el programa no es un programa represivo que busca acabar con el consumo, atacando al consumidor o al productor, sino que permite el consumo pero bajo maneras adecuadas para preservar la vida tanto del consumidor como de los otros, entonces desde esta perspectiva, desde proveer el material, enseñar y atender al otro, el programa permite que la persona pueda consumir y hacer otras cosas, sin necesidad de cohibirle y cortarle de raíz uno de los componentes de la vida. El accionar del programa busca que la persona tenga el consumo como uno de los campos de su vida y “que sea funcional a la sociedad”.

“creo que el programa genera un nuevo mundo posible para ellos y a partir de ahí las oportunidades de desarrollo, de reinventarse, de resignificarse, de hacerlo también con muchas cosas de su vida es muy posible, o sea yo no me atrevería a decir como netamente el programa pero creo que la reducción del riesgo del daño finalmente es eso, la posibilidad de un nuevo mundo posible, y eso es lo maravilloso, y en el programa creo que se logra, o sea más bien a eso se le apuesta, con algunos es un poco más fácil, con otros no, porque igual hay gente más fácil de llevar y hay gente que no” (*Información entrevista realizada a coordinador técnico*).

La lógica como se dijo en el párrafo anterior se aprecia en lo que consideran algunos de los funcionarios que es la función más importante del programa, es en su opinión la función de dignificar al otro. A partir de esa visión de los funcionarios se puede ver la lógica puesto que implica que con esa dignificación de la persona, ese individuo tenga un cambio en su vida y en las formas en como enfrenta las situaciones, lo que puede generar una construcción del sujeto. El hecho de que se dignifique y se ponga en escena a esa persona le abre puertas a que su vida cambie y quizás logre resolver la problemática de la construcción del sujeto y de la autenticidad.

“es la posibilidad de dignificar a la persona consumidora de drogas, de darle un lugar en la, realmente en el mundo social por decirlo así, ha sido la idea de colocarlo en el mapa y decirle ey usted vale, usted es una persona usted tiene derechos, tiene deberes y el consumo no lo define, ya es como que poder dignificar a esa persona y darle una posición y darle una participación en ese mundo social para mí es el papel más importante del programa” (*Información entrevista realizada a coordinador técnico*).

Siguiendo con la idea anterior de que la lógica de subjetivación se puede encontrar en el discurso de los funcionarios cuando aducen la lógica de control, puesto que en medio del tema de los derechos y de la atención con respecto a lo que se tiene derecho, se puede encontrar que se busca por medio de esto ayudar a que el otro se construya como sujeto porque al decirle al otro a qué tiene derecho y qué puede exigir, se dan cuenta que ellos son capaces de muchas cosas y que no tienen que creerse todas esas discriminaciones y estigmatizaciones que se tienen de este tipo de población, todas esas representaciones que de una población consumidora se pueden generar y que

son tan fuertes que el mismo usuario se lo cree, pero en medio de esa restitución se logra que puedan deslegitimar y creer que ellos tienen capacidades, derechos y no son solo víctimas como se los cataloga.

“nosotros les decimos a qué tienen derecho ellos, qué es lo que ellos pueden hacer porque precisamente como todo el mundo los discrimina entonces ellos también creen que deben estar ahí y no, entonces pienso que el programa de alguna forma los sitúa desde ahí, precisamente desde lo capaces que son y por eso es que se espera de ellos que sean respetuosos porque si no se esperara, si consideráramos que no fueran las personas con capacidades no se les exigiría nada entonces como si se cree que son capaces entonces se les exige también” (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

Por otro lado la lógica se expresa también aunque de manera indirecta, en el propio modelo de interpretación del consumo de drogas, el modelo de la reducción del daño, debido a que el hecho de que se busque reducir el daño por medio del intercambio de jeringas y la atención psicológica y se logre un impacto en la persona consumidora, genera que ya la persona quiera cambiar ciertos aspectos de su vida, que quizá no desemboque en la construcción del sujeto pero sí en que la persona logre sentirse mejor y que empiece a generar cambios que a futuro puede que si comience en la construcción de su propio yo o por el contrario solamente se quede en unas acciones atenuantes de las situaciones de la persona.

“el fin, que la persona se sienta mejor, desde donde desee sentirse mejor y que pueda implementar estrategias de reducción del riesgo del daño finalmente, porque en la medida en que tú te sientes mejor hay otras dinámicas de tu vida como persona que se van a llevar a cabo y te va a interesar un poco más cuidarte, cuando tú te das cuenta que vales pues uno dice bueno, para que voy a llegar todo chuchento, todo horrible, no, mejor llego guapo, veo a mis súper psicólogas, ellos son divinos, empiezan a bañarse, llegan todos rapiditos” (*Información entrevista realizada a psicóloga*).

La lógica también funciona en el programa por medio del lenguaje donde el otro es alguien que existe y que a pesar de su consumo es alguien que tiene voz con respecto a su vida y lo que pasa a su alrededor. Entre ellos se maneja un lenguaje que va de lo formal a lo informal, pero que depende de personas que interactúen, el lenguaje es callejero, coloquial, claro, cálido, de camaradería y de respeto, pero que también difiere si es hombre o mujer la persona al que el usuario o el personal se esté dirigiendo. El hecho de compartir y de manejar un lenguaje cercano pero con algunos límites para no perder el rol de profesional, se sigue manejando una relación entre individuos, donde se busca reconocer al otro.

Esta lógica de subjetivación como ya se dijo es muy complicada de ver, de percibir en las acciones, es en el discurso del equipo que sobresale, donde enuncian que su trabajo, que su rol es el de un ser humano que se relaciona con otros seres humanos aunque con una profesión que es lo que los hace diferentes, pero que desde la perspectiva del usuario el programa les ayuda a reflexionar y a “salir adelante”, pero que no es visto que el programa mismo ayude a su construcción como sujeto, sino que les brinda herramientas para evitar riesgos que impactan en su persona.

CONCLUSIONES

Como se pudo apreciar en el documento el programa de Reducción de Riesgos y Daños ha sido un programa que ha ido creciendo y que se ha mantenido desde su fundación en un trabajo continuo en pro de impactar en los consumidores de droga inyectada por medio de la entrega de materiales de inyección y de atención psicológica. Ha sido un programa el cual ha pasado y ha tenido relaciones con diferentes instituciones, no ha parado de trabajar y de irse reconfigurando con base en las necesidades que van apareciendo con el paso de los días. El programa ha ido desarrollándose y ejemplo de esto es la conformación y reconfiguración del equipo de trabajo y la creación de estrategias para poder seguir realizando sus funciones.

El programa se ha ido consolidando como referente y ejemplo de otras ciudades del país en el tema de abordaje de consumo de SPA y ha hecho el trabajo de visibilizar y atender un tipo de población como lo es el habitante de calle heroínómano y el consumidor de droga inyectada en la ciudad, de poner en el plano una problemática ignorada por muchos. Por otro lado la intervención ha crecido, el número de usuarios ha ido en aumento y el tipo de usuarios se ha diversificado, por esto último hay que hacer una aclaración debido a que como se planteó en esta investigación en la cual se realizaría un énfasis en el trabajo que llevan a cabo con los habitantes de calle consumidores de droga inyectada que representan un 90%, se encontró que con el tiempo han aparecido personas no habitantes de calle solicitando los servicios del programa, por tanto las entrevistas se realizaron a dos personas con hogar y dos a habitantes de calle.

Con base en las formas de actuar y las estrategias del programa se encontró que es un programa de múltiples conductas, heterogéneo, donde los individuos se comportan de diferentes formas y las cuales están amarradas a situaciones distintas, lo que difiere de un programa institucional que homogeniza, que tiene unas conductas y miradas únicas, donde no están permitidos los cambios, lo que se corresponde con la teoría propuesta por François Dubet, donde lo que presenta es un desplazamiento de un tipo de programa, a uno donde hay mezclas diversas de lógicas de acción de los sujetos y de esas lógicas aplicadas en el trabajo con los otros.

Se pudo convenir que a pesar de que el programa enuncie y tenga diferentes estrategias para intervenir a los sujetos, la que prevalece y en la que se puede resumir el programa es en la estrategia de entrega de material de inyección. Es el entregar la parafernalia y lo que compone la entrega, como lo es la explicación de prácticas seguras de inyección, lo que caracteriza el proceso de intervención que llevan a cabo, lo que se puede catalogar como el centro y la razón de ser del programa, independientemente de que tengan otras estrategias que ayudan a los usuarios, es el material de inyección. Por otro lado también es importante destacar que la ubicación geográfica del programa es efectiva en la medida en que queda en contacto directo con los consumidores y el espacio de consumo, lo que permite que el programa pueda tener un mayor impacto.

Con respecto a los miembros del equipo se pudo encontrar, como se presentó en los hallazgos, que el equipo de Reducción de Riesgos y Daños es un equipo que combina diferentes profesiones, pero que no son profesiones tan distantes según el área de conocimiento –con

excepción de un piloto comercial, en el cual se puede apreciar una diferencia de sus percepciones un poco más marcada con respecto a los otros compañeros-, es un equipo muy joven donde se enfrentan a usuarios igual de jóvenes o hasta mayor que ellos, es un equipo que está tratando de implementar y de mantener un programa como estos en la ciudad, por lo tanto están ahí para aprender y junto de la mano con su corta edad, para crecer como individuos y como profesionales, como una forma de adquirir experiencia. Es un equipo muy variado que trabaja en conjunto y que a pesar de tener una persona a cargo –jefe- , las relaciones entre ellos son más verticales que jerárquicas, lo que posibilita el trabajo. Son un equipo con miradas de la realidad y de su trabajo, muy heterogéneas que coinciden en ciertos aspectos pero que cada uno tiene como crisol sus antecedentes y experiencias. Este es un equipo que maneja unas relaciones muy informales, unas relaciones muy mediadas por la interacción con el otro, por la negociación, por ir modificando sus acciones y parámetros con base en lo que se va dando en los momentos, es un equipo muy basado en las relaciones de amistad que tienen entre ellos mismos, donde lo que ocurre y el manejar ciertas situaciones está muy ligado a esos relacionamientos, donde todo puede ser muy flexible y donde todo es más subjetivo, que objetivo.

Por otro lado se pudo encontrar que el programa como su nombre lo indica tiene como función y como supuesto conceptual la reducción de riesgos y daños la cual se puede ver en sus estrategias, pero que en sus discursos y acciones puede encontrar ciertas variaciones que no se corresponden directamente con el modelo, donde prima la entrega del material pero no se ve más allá de eso, es decir, se entregan las jeringas y se hace una escucha a la persona pero hasta ahí se llega, no se cumple completamente con esa premisa de que la reducción de daños es la posibilidad de construir un mundo según las posibilidades de la persona, es en resumidas cuentas una especie de trabajo rutinario y pragmático con la otra persona, que puede variar según la situación y los individuos y que busca ayudar a resolver y a evitar problemas en la salud pública de la ciudad.

Ya con respecto al análisis de la información recolectada se pudo concluir que las lógicas de acción fueron y son muy importantes para comprender cómo es y ha sido el funcionamiento del programa de Reducción de Riesgos y Daños de la ciudad, para entender cómo es ese proceso de intervención con un tipo de población específica que como ellos mismos lo enuncian “nosotros le estamos brindando algo que ellos necesitan”. Estas lógicas permitieron descubrir no solo el funcionamiento regular y esperado del programa sino también las dificultades que se presentan en el proceso. Permitieron apreciar ese carácter dinámico, de control, informal, formal, normativo, cercano, familiar, burocrático, de relaciones variadas, negociadas, estratégicas, de reconocimiento, entre otras que el programa desarrolla en su trasegar día tras día.

Por otro lado la propia experiencia permitió corroborar las ideas de Dubet, donde por medio del programa mismo se puede afirmar que no es una sola lógica la que se encuentra en la intervención sino que en el trabajo sobre los otros hoy por hoy se reconoce el funcionamiento de una, dos o hasta las tres lógicas en el mismo proceso. Se encontró que en este programa puede que se enuncie y tenga una preeminencia o más peso la lógica de integración, pero eso no quiere decir que la lógica de estrategia y la de subjetivación no existan y no influyan en el trabajo que se hace

con los usuarios y que esas las lógicas no puedan estar en tensión la una con la otra según la situación, puesto que son los mismos actores los que van generando el trabajar bajo una lógica u otra, son sus antecedentes, sus experiencias, sus profesiones junto con lo que dictamina el programa lo que hace que se generen las lógicas en ciertos momentos del proceso de intervención, que se trabaje con una persona de una manera u otra, esto demuestra que cada individuo puede moverse en las tres lógicas y con base en ellas actuar, que también puede mezclar las lógicas pero que depende del instante, de la coyuntura por la que tenga que pasar.

Por otra parte teniendo en cuenta el trabajo del PRRyD se pudo descubrir que el programa está impactado por diversas dificultades que limitan su labor. Primero es un programa nuevo, donde se encuentra una perspectiva y un modelo interpretativo que dista de los programas tradicionales y de las formas de abordaje del consumo de SPA comunes y tradicionales en nuestra sociedad, lo que desde un inicio representa muchas talanqueras para su funcionamiento debido a que es una concepción difícil de aceptar por muchos sectores de la sociedad, y también de muchas instituciones y sus funcionarios para entender este nuevo modelo que se fija en el daño y no en el consumo, lo que hace pensar que a pesar de casi 4 años de labores, hay una dificultad para reconocer y concebir el trabajo que hace el programa.

Por otro lado las dificultades también son de carácter burocrático lo que hace casi imposible llevar una intervención adecuada, es en este punto donde además entran las dificultades con las instituciones, se pudo encontrar que existen muchas barreras de acceso que impiden la atención de los usuarios, que muchas de las rutas de atención quedan inconclusas por los impedimentos y las formas de proceder de las instituciones. Por último algo que puede ser una dificultad, pero también una fortaleza – en el sentido de aportarle unas visiones diferentes al programa-, es la juventud del equipo, porque debido a que son personas demasiado jóvenes, recién graduados, con poca trayectoria laboral, les hace falta experiencia para afrontar diferentes situaciones y dar manejo a ciertos asuntos que se les presentan.

Para concluir, el trabajo realizado sobre el programa nos muestra que es muy importante este tipo de programas porque dan una alternativa al tratamiento de una problemática que afecta a la sociedad caleña y a la sociedad en general, puesto que como ya se ha visto las soluciones planteadas al consumo no han sido lo suficientemente efectivas para contrarrestarlo, por lo cual el programa plantea una solución más práctica para el consumidor y para la comunidad en general, porque si se aborda de esa manera, por extensión la comunidad se ve beneficiada, y no se entra en una especie de círculo vicioso donde la erradicación y la abstinencia son los principios a alcanzar pero no se logran, entonces lo que el programa demuestra es como dice el dicho “si no puedes con tu enemigo únete a él”, es decir, por medio de estas estrategias convivir con el consumo pero de una manera responsable con el individuo mismo y con los demás.

RECOMENDACIONES

Con base en el ejercicio de sistematización de experiencias llevada a cabo sobre el programa de Reducción de Riesgos y Daños, se pueden hacer las siguientes recomendaciones:

- Mejorar el seguimiento a casos, esto con respecto a dejar explícitas las razones de por qué se continúa o por qué no se continúa con los casos.
- Prestar atención a la continuidad de las personas, es decir, con base en la información que se tiene con los datos de acogida y los datos de entrega por día, mirar quienes hacen falta e indagar por su ausencia y con base en eso generar estrategias, para de esa manera no “perder” a los usuarios.
- Cumplir con todos los protocolos que se tengan para el funcionamiento.
- En caso de que llegue un tercero al espacio compartir los protocolos que se consideren necesarios para la presencia de esta persona es el lugar.
- Preparar más el personal en atención a casos de sobredosis, para evitar emergencias y que atiendan las situaciones de la mejor manera, o evaluar quienes son más aptos para enfrentar estas situaciones y delegar esa función en esos sujetos.
- Hacer más difusión de las rutas de atención entre los usuarios, sobre las cuales ellos pueden acceder.
- Continuar enfrentando y denunciando las situaciones en que las instituciones ponen barreras y no cumplen con lo que deberían cumplir en la atención de las derivaciones.
- Permanecer en la tarea de conseguir convenios y en hacer articulaciones con el fin de brindar una atención más integral a los usuarios y de hacer llegar el mensaje de que existe esa población que tiene unas necesidades específicas.
- Continuar con la atención amena, de respeto y de confianza con los usuarios, debido a que esto ha permitido que el programa se mantenga y que no se den problemas con los usuarios.
- A nivel institucional, que se disminuyan los tiempos, y la cantidad de trámites y procesos burocráticos que se generan, para que el programa pueda acceder a los recursos, ya que si no se disminuyen, se entorpecen los procesos y se va perdiendo lo que en realidad le compete al programa.
- También a nivel institucional, se piense en unas formas de atención diferenciada y especial para el tipo de población, debido a que muchas de las situaciones que se le presentan a los usuarios –ejemplo de salud- no quedan resueltas por las diferentes barreras que se presentan.
- Por último seguir brindando una relación de “familiaridad” como lo dijeron los usuarios, porque ese sentirse en familia, donde los tratan bien, donde los respetan, hace que ellos vuelvan.

BIBLIOGRAFÍA

- Arquidiócesis de Cali, Observatorio de Realidades Sociales. (2015) “¿QUÉ SUCEDE FRENTE A LOS HABITANTES DE CALLE?”. Semanario 41. En: <https://www.observatoriorealidades.arquidiocesiscali.org/semanarios/que-sucede-frente-a-los-habitantes-de-calle.html>
- Bolaños, Jairo. (2012) “Relatos de vida de cinco habitantes de la calle entre mentiras y verdades” (trabajo de grado, pregrado en sociología). Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Universidad del Valle, Cali.
- Corvalán, Javier. (1996). “Los paradigmas de lo social y las concepciones de intervención en la sociedad” Mimeo. N°4.pp. 1-50.
- DANE, Alcaldía de Santiago de Cali, Fundación FES (2005) Censo Sectorial de habitantes de y en la calle, Santiago de Cali 2005. En: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes_calle/habitaultimo.pdf.
- Di Iorio, Jorgelina. Seidmann, Susana. Gueglio, Constanza y Rigueiral, Gustavo (2016). “Intervenciones psicosociales con personas en situación de calle: El cuidado como categoría de análisis” en Revista Psicoperspectivas: individuo y sociedad. Vol. 15, N°. 3, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso Viña del Mar, Chile. PP: 123-134.
- Dubet. F. (2006) (2002 primera edición) “la decadencia del programa institucional” en El declive de la Institución. Gedisa Editores. Barcelona, España. Pp. 63-91.
- Dubet. F. (2011) (2007 primera edición) “La experiencia social” en La experiencia sociológica. Gedisa Editores. Barcelona, España. Pp. 107-126.
- El Colombiano. (14 de Junio de 2015) “EL HABITANTE DE CALLE La mayoría de habitantes de calle en Colombia tiene que ver con la drogadicción, pero también hay un número alto de desplazados, ancianos, discapacitados y niños maltratados y abandonados”. En: <http://www.elcolombiano.com/opinion/editoriales/el-habitante-de-calle-KE2134158>
- El Tiempo (17 de Septiembre de 2017) “Definen normas para alimentar habitantes de la calle en Cali”. En: <http://www.eltiempo.com/colombia/cali/definen-normas-para-alimentar-habitantes-de-la-calle-en-cali-131364> .
- El Tiempo (26 de Diciembre de 2016). “Los millonarios hilos que mueven la indigencia en el país”. En: <http://www.eltiempo.com/justicia/cortes/cifras-de-habitantes-de-calle-en-colombia-51582> .
- El Tiempo. (26 de diciembre de 2016) “En la 'calle de la heroína' de Cali les venden hasta agua sucia”. En: <http://www.eltiempo.com/justicia/cortes/habitantes-de-calle-41438>

- Fantova, Fernando. (2007) "Repensando la intervención social" en documentación social 147, www.fantova.net. Pp. 183-198.
- Harm Reduction International: <http://harmreduction.org/>
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E. y O'Hare, P. (1993). Psychoactive drugs and harm reduction: From faith to science. Londres: Whurr. En Pons, X. (2008) "Modelos interpretativos del consumo de drogas" En Polis – Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial" Vol.4, N°2. Pp. 157- 186 (1- 25).
- Hernández, Jorge (2012) La sociología de Orlando Fals y la intervención social en Colombia: una hipótesis. EN: Mejía, Carlos (comp.) Sociedad, intervención social y sociología, Programa editorial Universidad del Valle, 91-123
- Hernández, Mauricio; Álvarez, Katherine E.; Osorio, Iván. "Consumo autoreportado de sustancias psicoactivas ilegales en una población habitante de calle de Cali, Colombia" *Revista de Salud Pública*, vol. 17, núm. 2, abril, 2015, pp. 217-228.
- Jara, Oscar (1994). "¿Qué es Sistematizar? Y "¿Para qué sirve Sistematizar?". En: *Para Sistematizar experiencias*". ALFORJA, programa regional coordinado de educación popular, San José. Pp. 17-41.
- León, Casey; Cardoso, Lena; Johnston, Salem; Mackin, Sarah; Bock, Barry; and Gaeta, Jessie. (2017) "Changes in public order after the opening of an overdose monitoring facility for people who inject drugs". En *International Journal of Drug Policy*, N°53 (2018). Pp. 90-95.
- Ministerio de Salud. Promoción social. Documentos habitantes de calle. En: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/habitantes-en-calle.aspx>
- Moreno, Cesar, Espinosa, Gretel y Zapata Lorena. (2017). "Entre el hogar y el asfalto: relatos y experiencias de vida de habitantes en condición de calle" en Revista Lasallista de investigación. Vol. 14, N°2. PP: 65-72.
- MSPS; OIM. (2013). Plan Nacional de Respuesta al consumo emergente de heroína y otras drogas por vía inyectada.
- Navarro, Oscar y Gaviria, Marta (2010). "Representaciones sociales del habitante de calle" en Universitas Psychologica. V.9. N°2. Universidad de Antioquia, Medellín. PP: 345-355.
- Nirenberg, Olga (2013) "Evaluación de intervenciones sociales participativas orientadas a jóvenes" Cuaderno N° 50. CEADEL. PP. 1-29.
- Nirenberg, Olga. Brawerman, Josette & Ruiz, Violeta. (2003) "Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia". Colección Tramas Sociales, vol. 19. Buenos Aires, Paidós.

- O'Brien, K., Schuttke, A., Alhakeem, A., Donnelly-Swift, E., Keogh, C., O'Carroll, A., O'Sullivan, K., Galvin, R., Fahey, T. (2015) "*Health, perceived quality of life and health services use among homeless illicit drug users*" en Drug and Alcohol Dependence, N°154, PP 139- 145.
- ODC; DNE. (2010). Consumo de drogas en Colombia: características y tendencias. Bogotá: Editora Guadalupe.
- Pons, X. (2008) "Modelos interpretativos del consumo de drogas" En Polis – Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial" Vol.4, N°2. Pp. 157- 186 (1- 25).
- Programa de Reducción de Riesgos y Daños. (2019) "Registro de actividades 2018-2019 junio" Hoja 1, PID.
- Rahnama, R., Mohraz, M., Mirzazadeh, A., Rutherford, G., McFarland, W., Akbari, G., Malekinejad, M. (2014) "*Access to harm reduction programs among persons who inject drugs: Findings from a respondent-driven sampling survey in Tehran, Iran*". International Journal of Drug Policy, N° 25. PP. 717-723.
- Riley, D. y O'Hare, P. (2000). Harm reduction: History, definition and practice. En J. Inciardi y L. Harrison (Eds.), Harm reduction: National and international perspectives. Londres: Sage. En Pons, X. (2008) "Modelos interpretativos del consumo de drogas" En Polis – Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial" Vol.4, N°2. Pp. 157- 186 (1- 25).
- Rojas, Carolina. (2006). "Indigencia en San José: expresión de la exclusión social y el desarraigo" en Revista Reflexiones 85 (1-2). PP: 189-197.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y LA CORPORACIÓN ACCIÓN TÉCNICA SOCIAL-ATS /CAMBIE "CONSUMO Y CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS INYECTABLES EN LA CIUDAD DE CALI". Febrero de 2016. PP. 1-66.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA Y LA CORPORACIÓN ACCIÓN TÉCNICA SOCIAL-ATS. "CAMBIE PROGRAMA DE ACCESO A MATERIAL HIGIENICO DE INYECCION, INFORME FINAL". Junio de 2017. PP. 1-69.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, PROGRAMA RRD: "CONSOLIDADO HISTÓRICO RRYD" 2018. HOJA 1.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, PROGRAMA RRD: "INFORME EJECUTIVO PROGRAMA DE REDUCCIÓN DE RIEGOS Y DAÑOS DIRIGIDO A PERSONAS INYECTORAS DE DROGAS EN CALI AGOSTO 2015 - AGOSTO 2018". 2018. PP. 1-9.
- SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA, PROGRAMA RRD: "INFORME FINAL MINISTERIO DE SALUD" 2016. HOJA 1.
- Thompson, N. (2013) "*Harm reduction history, response, and current trends in Asia*". En Journal of Food and Drug Analysis. N°21. PP. S113-S116.

ANEXOS

DICCIONARIO DE TÉRMINOS:

- **ATS:** Acción Técnica Social.
- **CAZOLETA:** Receptáculo pequeño que llevan algunos objetos, como el palo del boliche, el depósito del tabaco en la pipa o el narguile, etc.²⁸
- **CHUTEARSE:** inyectarse la droga, drogarse.
- **CÓLICO:** síntomas que se presentan cuando empieza a aparecer el síndrome de abstinencia. (calambres, contracturas musculares y pérdida de control del cuerpo y de los esfínteres, dolor, picazón, etc.)
- **E.S.E:** Empresa Social de Estado.
- **EAPB:** Entidades Administrativas de Planes de Servicios.
- **FNE:** Fondo Nacional de Estupefacientes.
- **ITS:** Infecciones de Transmisión Sexual.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **PAMHI:** Programa de Acceso a Material Higiénico de Inyección.
- **PID:** Personas que se Inyectan Drogas.
- **PRRYD:** Programa de Reducción de Riesgos y Daños.
- **RIP:** Reportes Individuales de Atención.
- **RRD:** Reducción de Riesgos y Daños.
- **SIVIGILA:** Sistema de Vigilancia en Salud.
- **SPA:** Sustancias Psicoactivas. (**SPAI:** Sustancias Psicoactivas Inyectadas.)
- **SSPM:** Secretaría de Salud Pública.
- **SUICAD:** Sistema Único de Registro de Indicadores para los Centros de Atención a la Drogadicción.
- **TBC o TB:** Tuberculosis.
- **TOLAS:** jeringas.
- **VHB:** Virus de la Hepatitis B.
- **VHC:** Virus de la Hepatitis C.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

²⁸ Tomado de 23ª edición Diccionario de la lengua española 2018. <https://dle.rae.es/?id=83b1HKw>

- **Formulario registro de actividades:**

ATENCIÓN A CASOS								
CODIGO/ NOMBRE	FECHA	ACCIONES	TIPO PERSONA	ASISTENCIA BÁSICA (acciones a realizar o realizadas)	SALUD (acciones a realizar o realizadas)	RRYD (acciones a realizar o realizadas)	TERAPÉUTICO (acciones a realizar o realizadas)	OCUPACION (acciones a realizar o realizadas)

- **Formato de casos:**
FORMATO DE CASOS

 REGISTRO		
Identificación:	Fecha de apertura:	
	Última actualización:	
Datos generales del usuario		
Nombres:	Documento identidad:	Edad:
Sexo:	Estado civil:	Hijos:
Procedencia geográfica:	Ocupación:	Nivel de estudio:
Residencia:		
Aseguramiento:		
Núcleo familiar:		
Consulta psicológica		
Antecedentes		
Composición familiar y redes de apoyo		
SEGUIMIENTOS		
Fecha:		
Profesional que reporta:		