



Diagnóstico desde una perspectiva de género
de la situación social de las personas consumidoras
de sustancias psicoactivas habitantes de calle
de la comuna 10 -La candelaria- Medellín



Diagnóstico desde una perspectiva de género de la situación social de las personas consumidoras de sustancias psicoactivas habitantes de calle de la comuna 10 -La Candelaria- del municipio de Medellín

Surgir



**Corporación Surgir
Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)**

2022



CRÉDITOS

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

Entidades Ejecutoras
Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD)
Corporación Surgir

Margarita María Sánchez Villegas
Directora de Surgir

Coordinación
Silverio Espinal Bedoya
Jefe de la División Técnica, Corporación Surgir

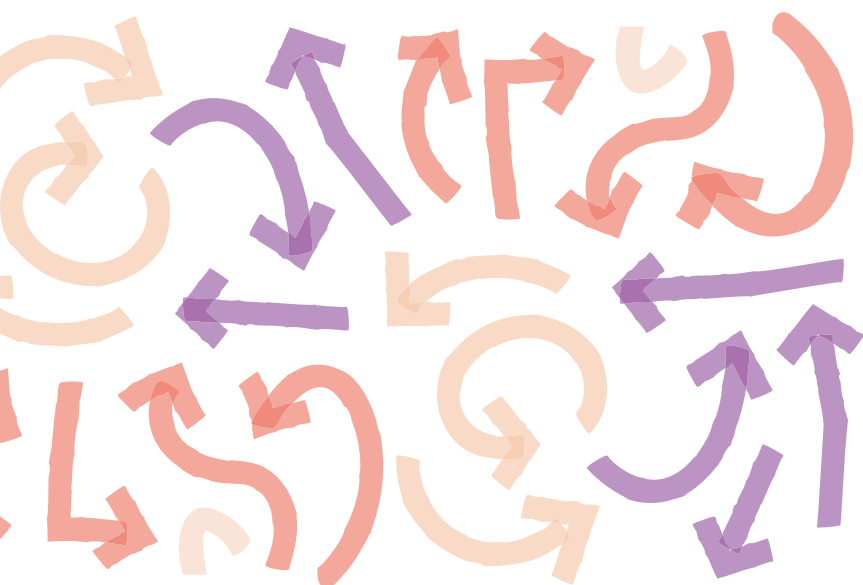
Investigación y textos
Lina Quevedo Cerquera

Asistencia técnica
Gemma Altell

Diseño y Diagramación
John Vásquez Zuluaga

Corporación Surgir
Calle 55 No 45-30 Medellín, Colombia.
PBX: 408 72 66
www.corporacionsurgir.org

Septiembre 2022



CONTENIDO



PRESENTACIÓN	6
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
METODOLOGÍA	8
MARCO TEÓRICO	10
UNA APROXIMACIÓN A LA CATEGORIA DE GÉNERO	10
LA INTERSECCIONALIDAD	12
GENERO, DROGAS y HABITANZA EN CALLE, UNA MIRADA DESDE LA INTERSECCIONALIDAD	13
MARCO NORMATIVO	21
Marco Internacional	21
Marco Nacional	23
Marco local	28
LA HABITANZA DE CALLE EN MEDELLÍN. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO	30
RESULTADOS	33
MOTIVACIONES, PRÁCTICAS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA HABITANZA EN CALLE	33
FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE LA VIDA EN CALLE	34
ACTIVIDADES DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS Y DE SUBSISTENCIA	43
VIOLENCIAS Y RIESGOS	50
BARRERAS DE ACCESO DIFERENCIALES A LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS OFERTADOS A LAS PERSONAS HC DE ACUERDO AL SEXO, GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL (SGOS)	59
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	62
BIBLIOGRAFÍA	75

PRESENTACIÓN

En el marco del proyecto TRANS-MET METODOLOGÍAS TRANSNACIONALES DE REDUCCIÓN DE DAÑOS Y ABORDAJES COMUNITARIOS, con el financiamiento del ayuntamiento de Barcelona y el apoyo de la Asociación Bienestar y Desarrollo (ABD) de esta misma ciudad, se propuso una mejora entorno al ajuste de las actividades a un enfoque de género que tuviera en cuenta las necesidades especialmente de las mujeres y población diversa que habitan la calle. Para ello como tarea inicial, se emprendió la tarea de realizar un diagnóstico de la situación de las personas que habitan la calle en la ciudad de Medellín con perspectiva de género, escuchando tanto la voz de estas personas, así como de las instituciones que tuvieran alguna incidencia en este fenómeno en la ciudad.

En esta investigación encontrarán inicialmente unas aproximaciones a categorías conceptuales básicas para entender la perspectiva de género y su interseccionalidad con la habitancia en calle. Se pasará, además, por una mirada comprensiva de las motivaciones, prácticas y consecuencias del consumo de drogas diferenciadas para mujeres y varones, asimismo de otras situaciones asociadas a la vida en calle como la violencia, la subsistencia o la salud sexual, entre otros.

Otro elemento importante que encontrarán en este diagnóstico tiene que ver con las políticas públicas y las estrategias de atención a las personas habitantes de calle y la inclusión del enfoque de género, pues, aunque en el diseño de algunas de estas políticas el enfoque de género ha sido incluido, al menos de manera nominal, en su implementación, aún existen muchos vacíos y retos para que este enfoque se haga realmente efectivo.

De este ejercicio resultan unos análisis y recomendaciones tanto para el proyecto Transmet en sí mismo, como para otros actores de la ciudad de Medellín que trabajan con esta población. Para el proyecto se han identificado algunas claves técnicas para mejorar su quehacer, como por ejemplo lo concerniente al trabajo sobre salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. Para la ciudad también quedan unos reflexiones y recomendaciones sobre los retos que tenemos para generar condiciones de dignidad de la vida humana en general, y en particular su diferenciación entre hombres y mujeres que habitan las calles.

Estos análisis evidenciaron las desigualdades diferenciales, en razón al género, que experimenta varones y mujeres usuarios de drogas en el contexto de habitancia en calle. Sus experiencias de vida, pusieron en evidencia la constante y alta vulneración que las personas usuarias de drogas padecen y la necesidad apremiante de que las distintas acciones estatales, organizacionales y comunitarias ajustemos cada vez más nuestras intervenciones para prevenir y disminuir los riesgos y daños de la dependencia a una sustancia en la habitancia en calle. Con esto también es importante advertir, que no todas las personas llegan a la habitancia en calle por el consumo de drogas y no todas las personas en esta situación consumen drogas. Sin embargo, la habitancia en calle es una situación que potencializa el riesgo del consumo de drogas y aumenta el daño que ocasiona el consumo dependiente de una droga; por lo que es necesario considerar el estudio la funcionalidad de la droga en este contexto.

También el análisis evidenció que el contexto de habitancia en calle no está alejado ni de las representaciones que se tienen sobre el género ni la forma en como la desigualdad estructural se materializa en las relaciones que tienen varones y mujeres. Aunque todas las personas consumidoras de drogas en habitancia de calle se les vulnera sus derechos, estas vulneraciones no suelen ser las mismas y presentan unas características particulares en razón al género.



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Explorar, desde una perspectiva de género, la situación de las personas habitantes de calle (HC) consumidoras de sustancias psicoactivas de la comuna 10 de Medellín, para la incorporación de indicadores de género en el Plan de Acción del dispositivo comunitario de Centro de Escucha de la Corporación Surgir dirigido a esta población.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comprender desde una perspectiva de género las motivaciones, prácticas y consecuencias del consumo de drogas y la habitanza en calle en mujeres y varones.
- Identificar las barreras de acceso diferenciales a los servicios sociosanitarios ofertados a las personas habitantes de calle de acuerdo al sexo, género y/o orientación sexual (SGOS)
- Identificar las oportunidades de mejora para el diseño de un plan de acción que incorpore indicadores de género en el dispositivo Centro de Escucha de la Corporación Surgir.
- Comprender desde una perspectiva de género los factores de inicio del consumo de drogas y habitanza en calle en varones y mujeres
- Evidenciar los riesgos y las experiencias de violencias basadas en género en mujeres y varones HCSPA
- Identificar las estrategias de subsistencia de las mujeres y los varones habitantes de calle consumidores de spa

METODOLOGÍA

Este diagnóstico y la información recolectada se llevó a cabo a partir de una metodología cualitativa. Se realizaron 7 entrevistas a profundidad y 6 grupos focales con mujeres y varones habitantes de calle consumidores de spa, educadores y profesionales del Sistema Habitante de Calle, de la Política Pública para Habitantes de Calle de Medellín, organizaciones de la Sociedad Civil. Se buscó una visión amplia y con perspectiva de género de la situación social de las personas HCSPA, así como de los recursos institucionales y comunitarios existente para el momento del diagnóstico. Se consideraron también otras técnicas cualitativas de recolección de información como la revisión documental y la observación directa.

Las personas habitantes de calle consumidoras de drogas de la comuna 10 de Medellín fueron la población objetivo de este diagnóstico. Sin embargo, el universo de personas que se tuvo en consideración tomó en cuenta el conocimiento y la experiencia de ciertos expertos institucionales y de las organizaciones de la sociedad civil que desarrollan acciones para atender a las personas habitantes de calle consumidoras de SPA. También se recogieron datos sobre el tipo y la forma en cómo operan las intervenciones y las acciones que realizan.

La elaboración del diagnóstico tuvo cinco etapas: 1) Recolección de información estadística, documental, teórica y normativa disponible/vigente sobre drogas, género y habitancia en calle. 2) Diseño y aplicación de las entrevistas semiestructuradas y los grupos focales. 3) Análisis de la información documental obtenida de las bases de datos y portales institucionales. 4) Análisis de la información recolectada en las entrevistas y grupos focales. 5) Recomendaciones y propuesta de un plan de acción con perspectiva de género para el Centro de Escucha de la Corporación Surgir.

La revisión bibliográfica estuvo dirigida a la búsqueda de documentación que apoyara la comprensión del fenómeno del consumo de drogas desde una perspectiva de género y al análisis del contexto a partir de las regulaciones existentes vigentes a nivel internacional, nacional y local, las estadísticas disponibles y las estrategias y acciones que se han implementado de manera exitosa a nivel local, nacional e internacional. Se consideraron fuentes primarias y secundarias de información en distintos soportes -análogos, digitales- y formatos - texto, audiovisual-. Los criterios de búsqueda fueron

- **Mujeres y drogas**
- **LGBTI y drogas**
- **Drogo dependencia y género**
- **Políticas de drogas y género**
- **Políticas y Habitante de Calle**
- **Habitante de calle y drogas**

En la segunda fase, se diseñó y aplicó la metodología de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas para los informantes. Se realizaron 4 grupos focales con profesionales y educadores del sistema Habitante de Calle; 4 entrevistas a profundidad con coordinadores de los distintos componentes, un profesional de la secretaria de las Mujeres, dos educadores, una de ellas con experiencia de vida en habitancia en calle y consumo de drogas, y con la directoría de Semillas que Crecen, organización de amplia trayectoria en el acompañamiento a las personas en habitancia en calle.

Por otro lado, se realizaron 6 grupos focales con personas (3 con mujeres y 3 con varones) en habitancia de calle consumidoras de drogas de la comuna 10 La Candelaria. Los grupos fueron elegidos de acuerdo a los sectores que acompaña el Centro de Escucha de la Corporación Surgir: Niquitao, Bronx y sector del Río -Barrio Triste. Se garantizó que uno de los grupos, tanto de mujeres como varones, perteneciera a las

personas usuarias de drogas por vía inyectada.

En cuanto a los *informantes calificados*, aquellas instituciones y organizaciones que realizan intervenciones para atender a las personas habitantes de calle consumidoras de spa, se eligieron bajo los siguientes criterios:

- Pertenecer o haber pertenecido a algún proyecto, programa y/o dependencia de la administración municipal que desarrolla intervenciones con las personas HC consumidoras de spa.
- Pertenecer o haber pertenecido a algún proyecto, programa y/o acción ejecutada por una organización de la sociedad civil que desarrolla intervenciones asistenciales, culturales y/o psicosociales con las personas HC consumidoras de spa.

Los informantes clave, es decir, aquellos con una experiencia de vida relacionada directamente con el consumo de drogas en el contexto de la habitanza de calle, se eligieron bajo los siguientes criterios

- Ser mayor de 18 años
- Habitar la comuna 10 La Candelaria de Medellín
- Consumir o haber consumido drogas en el contexto de habitanza en calle

La observación directa estuvo dirigida a conocer las dinámicas espaciales de los territorios de la comuna 10 de Medellín que habitan las personas HC consumidora de SPA: infraestructura, recursos sociosanitarios cercanos, asentamientos de la población HCSPA, control territorial, presencia de la fuerza pública y entes de control, actividades comerciales -lícitas e ilícitas-, formas de apropiación e intervención del espacio público, entre otros.

Para el análisis de los datos se utilizó el programa AtlasTi. Allí se triangularon datos provenientes de las fuentes primarias y secundarias: normatividad, grupos focales y entrevistas, investigaciones y teorías; en distintos soportes de texto, audio e imagen.



MARCO TEÓRICO

UNA APROXIMACIÓN A LA CATEGORÍA DE GÉNERO

El género es una categoría analítica que devela las relaciones de poder presentes en el orden social y que afectan a las personas de manera diferencial a partir de su identificación como varones o mujeres en un contexto determinado. Esta categoría se hizo popular dentro del movimiento social de mujeres y feminista gracias al uso y desarrollo que hicieron teóricas en diferentes disciplinas de las ciencias sociales, para visibilizar tanto los aportes de las mujeres a la sociedad y a la cultura, como evidenciar las estructuras que organizan y reproducen socialmente la subordinación de las mujeres y lo femenino.

Aunque la popularización de la categoría de género en el ámbito académico y político se debe a los desarrollos feministas, su emergencia se ubica en el campo de la medicina, específicamente de la sexología, disciplina que surge entre finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX para “descubrir” las “leyes de la sexualidad” humana. Para ese momento, la teoría del dimorfismo sexual -la creencia de que hombres y mujeres son entidades biológicas diferentes- ya se había consolidado epistemológicamente en la teoría médica y social de occidente, fundamentando científicamente las desigualdades políticas y sociales entre varones y mujeres a partir del sexo biológico.

Vale la pena resaltar que la construcción de la diferenciación sexual se da en el contexto de la expansión de los derechos civiles, adquiriendo las diferencias biológicas un significado político importante para organizar la sociedad (LAQUEUR, 1990). De esta manera, los roles genéricos, la división sexual del trabajo, la apropiación de la mujer a través de la maternidad y el matrimonio heterosexual, así como la patologización de los cuerpos y los comportamientos sexuales, entre otros, estuvieron dirigidos a privilegiar y fortalecer las representaciones del varón blanco, occidental, de clase media-alta y heterosexual. En este sentido, la diferenciación sexual debe interpretarse en el contexto de la lucha y disputa por el poder, o como lo ha denominado Foucault, en el marco de una estrategia de biopoder propia de las sociedades disciplinarias.

La medicina bajo la teoría naturalista del dimorfismo sexual hizo una interpretación del sexo como un rasgo estable, ahistórico y determinado biológicamente que influía de manera directa y de forma significativa en los comportamientos de las personas. Esta concepción del sexo fue adoptada por la sexología que de igual modo reconoció la coexistencia de un sexo psico-social el cual se construye culturalmente con fundamento en el sexo biológico y de acuerdo a los elementos normativos de la sociedad donde acontece. El avance tecnológico y científico desarrollando a finales del siglo XIX y durante la primera mitad del siglo XX en relación a las cirugías reconstructivas, la endocrinología, el descubrimiento y síntesis de las llamadas hormonas sexuales, así como la patologización y tratamientos correctivos de la intersexualidad y la transexualidad, entre otros, permitieron formular la distinción entre sexo biológico y sexo-psicológico, llegando a plantear, a diferencia de las posturas iniciales sobre el determinismo biológico de los comportamientos femeninos y masculinos, que la asignación y adquisición social de una identidad sexual llegaba a ser más determinante que la carga genética, hormonal y biológica.



Los trabajos de John Money (1955) y Robert Stoller (1968) sobre intersexualidad y transexualidad forjaron la categoría de género desde la psiquiatría y la psicología clínica, relacionándola con tres aspectos fundamentales: la asignación médica del género a partir del sexo aparente en el nacimiento; la identidad de género desarrollada a partir de los tres años de edad; y, el rol de género asignado correspondiente con aquellas normas y prescripciones sociales sobre los comportamientos masculinos y femeninos. (Dellacasa, 2015)

La expansión de la categoría de género por fuera de la medicina y la psicología clínica se ubica finalizando la década de los 60's del siglo XX gracias a los desarrollos teóricos que mujeres feministas hicieron en el campo de las ciencias sociales y humanas para dar cuenta en sus análisis sobre la realidad social de la subordinación de las mujeres, y de la dominación y predominio de los varones sobre ellas (Barbieri; 1993). Esta subordinación femenina fue interpretada y explicada como producto del orden patriarcal, categoría que fue incorporándose a los discursos políticos y reflexiones académicas feministas durante la década del 70's. Sin embargo, la categoría de patriarcado era insuficiente para dar cuenta de los elementos constitutivos del sistema, por lo que se hizo necesario erigir una estructura teórica y metodológica más amplia y acorde a la realidad observable con objetos de estudio que dieran cuenta de la configuración de la sociedad dividida en sexos. En este contexto epistemológico la categoría de género emerge y se expande como "*el sexo socialmente construido*", es decir, como un conjunto de disposiciones, prácticas, símbolos, instituciones, normas, representaciones y valores sociales que una sociedad determinada construye a partir de la diferenciación sexual y "que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y en general al relacionamiento entre las personas" (Barbieri; 1993, 150)

Cabe destacar, que la categoría de género hace parte de una ruptura epistemológica dentro de las ciencias sociales que develó una dimensión de la desigualdad hasta ese momento desconocida o subsumida en los análisis de clase y raza: la dominación masculina. Esta posibilidad de análisis de la realidad histórica e inmediata permitió reconocer la posición social desfavorable de las mujeres y el privilegio de los varones a partir de las relaciones de poder y de los procesos de socialización que implican las estructuras de pensamiento, las representaciones sociales, la economía y la política. De ahí, como lo señaló Simone de Beauvoir (1949), "*no se nace mujer, se llega a serlo*". Este desplazamiento -de lo biológico a lo simbólico- en los análisis y explicaciones sobre la desigualdad social permitió pensar la formación y consolidación de las estructuras que originan la subordinación, la operatividad del régimen sexual y las posibilidades de cambio.

El género hace referencia a modelos sociales sobre la feminidad y la masculinidad que son instalados culturalmente a partir de distintas instituciones - la familia, la escuela, la política, el cine, la imagen, etc.- e interiorizados en los procesos de socialización temprana. Las normas o mandatos de género se expresan en roles y estereotipos prescriptivos que establecen las reglas sobre cómo deben comportarse idealmente las mujeres -maternales, cuidadoras, pasivas, dependientes- y los varones -agresivos, arriesgados, insensibles, sexuales, independientes-, construyendo y reforzando la diferenciación entre los sexos en las relaciones sociales (Macías-Luna, 2018). De esta manera, los estereotipos de género se convierten a su vez en principios estructuradores a partir de los cuales se valoran, verifican y sancionan los comportamientos masculinos y femeninos y se organiza la vida en sociedad. Estos esquemas de significación social de las corporalidades son históricos y situados en tanto responden a los valores propuestos por las sociedades en un momento determinado. En ese sentido, los estereotipos son

dinámicos y se actualizan en las pugnas de poder por la ampliación de los derechos a sectores y poblaciones desposeídas.

LA INTERSECCIONALIDAD

El género como se ha venido señalado es una categoría amplia que intenta dar cuenta de las relaciones que organizan y dan sentido a un orden social determinado a partir de la sexualización de los cuerpos. El tipo de relación y la posición social que una mujer o varón posea en la escala o jerarquía social, está determinada por el entrecruzamiento de diferentes modalidades de dominación que incluye el género, el sexo, la orientación sexual, la raza, la edad, el estatus migratorio, la clase, la etnia, la funcionalidad corporal, entre otros. A esta perspectiva teórica y metodológica que señala la imbricación de las distintas relaciones de poder y opresiones que confluyen y configuran la experiencia humana se le ha denominado *interseccionalidad*

El concepto de interseccionalidad fue acuñado por la abogada afro estadounidense Kimberlé Crenshaw en 1986 en el contexto de un caso legal en el que discutía las múltiples opresiones -de género y raza- que tenían las mujeres negras trabajadoras de la empresa General Motors. Aunque el uso del concepto de interseccionalidad en el contexto judicial era de aplicación práctica para el análisis de las desigualdades concretas, en el ámbito de la academia, el concepto se extendió para hacer referencia tanto a las identidades como a la articulación de las múltiples desigualdades (Viveros; 2017).

Los análisis interseccionales han puesto en cuestión el uso de universales como "la mujer" o "el varón" que soslayan las experiencias de sexismo que viven diferentes mujeres y varones impidiendo comprender las intersecciones dinámicas entre sexo, género, funcionalidad corporal, clase y raza que se dan en contextos de dominación. Este carácter dinámico de las relaciones sociales y la forma en como interactúan las distintas formas de opresión, según la socióloga Danéle Kergoat implica considerar las relaciones sociales como consubstanciales y co-extensivas. Consubstanciales en tanto la experiencia es integral y solo es posible dividirla en términos analíticos, y co-extensivas en la medida en que las distintas relaciones sociales se producen y refuerzan mutuamente pudiendo el género producir la clase o reforzar las relaciones de racialización. (Kergoat, 2009).

Por otro lado, la interseccionalidad ha evidenciado la existencia de posiciones sociales que no sufren ninguna discriminación y que gozan de privilegios porque personifican la norma misma de masculinidad, blanca y cisheterosexual. Un hombre negro, pobre y con discapacidad tiene una posición social desventajosa que lo excluye del ejercicio de los privilegios otorgados a los varones blancos-mestizos, y en ese sentido la redefinición de su lugar de dominación. De igual manera, una mujer blanca de clase media-alta, educada y heterosexual puede estar en una mejor posición social y gozar de más privilegios en un contexto sexista, racista y clasista que el varón negro del ejemplo señalado. De ahí que se constituya la interseccionalidad como una herramienta teórico-política que posibilita el análisis de las múltiples y simultáneas estructuras de opresión, poniéndolas en diálogo con las distintas dimensiones del individuo para evidenciar como afecta de manera específica en el posicionamiento social y la experiencia vital de las personas.



GENERO, DROGAS y HABITANZA EN CALLE, UNA MIRADA DESDE LA INTERSECCIONALIDAD

Existe una larga tradición sobre los estudios de género y los usos de drogas especialmente en el contexto anglosajón, que puede ubicarse finalizando la década de los 70's, del siglo XX (Romo, 2010). Sin embargo, ha sido usual que los estudios sobre consumo de drogas ignoren el género como un factor que afecta de manera diferencial a las personas. La mayoría de las investigaciones, muchas de ellas de corte epidemiológico, se han centrado en desagregar datos demográficos a partir de la diferenciación sexual evitando así explicar los modos y las formas en que el consumo de drogas afecta la experiencia de las personas a partir de su socialización como varones o mujeres. Esto ha traído como consecuencia el escaso conocimiento sobre los patrones de consumo y las necesidades de tratamiento de las mujeres y los varones.

Algunxs autorxs como Rekalde y Vilches (1993), Nuria Romo (2001), María Luisa Jiménez (2011), entre otrxs, han reconocido la visión androcéntrica de la investigación relacionada con el fenómeno del consumo de drogas, las cuales han ignorado la experiencia y las prácticas de intoxicación de las mujeres y cuando han querido explicarlas, han hecho uso de marcos interpretativos desarrollados para dar cuenta de la experiencia de los varones. De esta manera

La mayor parte de las y los investigadores involucrados en este ámbito adolecen de un evidente androcentrismo en la investigación, que se refleja en todo el proceso científico, desde la formulación de hipótesis de trabajo y desarrollo de las investigaciones, hasta el tipo de personas con las que se experimenta y a partir de los cuales se extraen los resultados. Por ejemplo, en muchas ocasiones, "las pautas de la drogadicción femenina se han derivado del resultado de estudios efectuados exclusivamente con hombres" (Rekalde y Vilches, 1993, 14)

Por otro lado, la escasa incorporación de la perspectiva de género en los estudios sobre consumo de drogas, además de privilegiar la experiencia masculina, también ha desconocido las condiciones y necesidades particulares de los varones en sus distintas dimensiones de opresión y diversidad, imposibilitando una comprensión más amplia de su situación de consumo, al no incluir factores socioculturales estructurales como los mandatos de masculinidad, los roles de género, los procesos de racialización y migratorios, la etnia, la clase, la funcionalidad corporal, etc. En este sentido, los estudios sobre el consumo de drogas en poblaciones afrodescendientes y comunidades indígenas son muy escasos y más aún la incorporación de la perspectiva de género en ellos. Sin embargo, las investigaciones han señalado la alta prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas entre los pueblos indígenas en comparación a la población en general y su estrecha relación con la opresión colonial, el despojo, los procesos de aculturación, el desplazamiento forzado y la discriminación. También, el conflicto armado en Colombia ha incrementado los problemas de salud mental en las comunidades indígenas al verse fracturado su vínculo con el territorio por las disputas de la tierra con el narcotráfico y el desplazamiento hacia zonas urbanas dónde están expuestxs a una mayor vulneración de sus derechos. (Gutiérrez, 2020)

Más allá de la escasa incorporación del enfoque de género y la interseccionalidad en las investigaciones y análisis sobre el fenómeno de las drogas, lo cierto es que, actualmente existe una aceptación generalizada de que el comportamiento y las consecuencias del consumo de drogas están fuertemente influenciadas por los estereotipos de feminidad y masculinidad sobre los cuales se valora el consumo en las mujeres y los varones. Se ha evidenciado como los mandatos y roles de género que promueven el consumo de ciertas sustancias y prácticas de intoxicación en los varones, las modulan en las mujeres a partir de las consideraciones y expectativas que la sociedad tiene sobre los comportamientos de los sexos. Los mandatos de masculinidad vinculados al riesgo, la competitividad y la transgresión influyen en la predisposición de los varones hacia el consumo abusivo de drogas y al aumento de la intensidad de las experiencias de intoxicación a través de sustancias ilícitas y/o con un alto potencial de dependencia. Del mismo modo, los mandatos de feminidad relacionados con el cuidado, la maternidad, la "decencia" afectan en el aumento de la percepción del riesgo de las mujeres hacia las drogas ilícitas previniendo su consumo, pero también influye de manera significativa en la agudización de los trastornos por dependencia y en las consecuencias familiares y sociales que se derivan del consumo (Rekalde & Vilches, 2003). La valoración de los comportamientos de consumo de las mujeres y los varones repercuten en la forma en como estos son sancionados social y legalmente. De esta manera las mujeres suelen ser sancionadas con mayor severidad que los varones en razón de los estereotipos y valores sexistas, como ocurre con la maternidad en las mujeres consumidoras de drogas.

Los indicadores disponibles como las investigaciones realizadas ponen de relieve las diferencias entre mujeres y varones en cuanto a las motivaciones, prevalencias, prácticas, sentidos y consecuencias del consumo de drogas. Varios reportes de organismos internacionales han señalado una mayor prevalencia de consumo de drogas ilegales en los varones, con un incremento constante de usos problemáticos por parte de las mujeres (ONU, 2002-2005), que no se corresponde con un mayor acceso por parte de ellas a tratamiento, a pesar de estar más predispuestas que los varones a reconocer la presencia de enfermedades (Romo, Meneses, 2016). Esto suele estar asociado con el modelo de tratamiento ofertado y a que las mujeres acuden más fácilmente a otros servicios sociosanitarios que a los dispositivos específicos sobre drogodependencia (Meneses, 2007). También suelen ser mucho mayores los sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima en las mujeres consumidoras de droga como consecuencia de los estereotipos y roles de género, existiendo una mayor estigmatización social de sus comportamientos de consumo, más aún, cuando son madres.

En Colombia el consumo de sustancias psicoactivas y la percepción del riesgo entre varones y mujeres presentan variaciones. En el marco de los compromisos derivados del Plan Marco de implementación del Acuerdo de Paz, de la Política Integral para enfrentar el Problema de las Drogas Ruta Futuro y el CONPES de Salud Mental, se desarrolló en el país el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019 realizado por el Ministerio de Justicia y del Derecho y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-, que tuvo como propósito estimar la magnitud del consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales en el país y conocer el patrón de uso relacionado con las características sociodemográficas dentro de las que se incluyeron la edad, el sexo, el nivel socioeconómico y el territorio, entre otras.

Dicho estudio indicó una mayor prevalencia de consumo de drogas legales* e ilegales** por parte de los

* Alcohol, Tabaco, medicamentos sin fórmula médica.

** Marihuana, cocaína, basuco, éxtasis, heroína, metanfetamina, Inhalables, dick, Popper, metadona, analgésicos opioides sin prescripción médica, LSD, otros alucinógenos, ketamina, GHB y 2CB.



varones, así como una menor percepción del riesgo en ellos que tiende a disminuir aún más a medida que aumenta el estrato socioeconómico. Algunos datos son esclarecedores al respecto. En relación al consumo de alcohol, la droga más consumida por los encuestados alguna vez en la vida (84%), los varones reportan un consumo en el último mes mayor (38%) que las mujeres (22,7%). De quienes consumieron el último mes el 20,4% pueden considerarse como un uso perjudicial o de riesgo, lo que equivale a más de 1 millón de varones y más de cuatrocientas mil mujeres. Por otro lado, el consumo de bebidas alcohólicas se incrementa significativamente conforme aumenta el nivel socioeconómico -25% en estrato 1 hasta 39,7% en los estratos más altos-, pero presentando el mayor impacto del uso problemático de alcohol en los estratos 1 (27,3%) y 2 (21,8%); es decir, si bien el uso de alcohol en el último mes es mayor en los estratos socioeconómicos más altos -4, 5 y 6-, son las personas de estratos socioeconómicos bajos quienes presentan mayores usos perjudiciales de alcohol, siendo esta relación mayor en los varones. Esto está en consonancia con la percepción del riesgo tanto en relación al género, que en las mujeres suele ser más alta especialmente frente a las drogas ilícitas, como también en relación a la clase, donde la percepción del riesgo aumenta en la medida en que el nivel socioeconómico disminuye (MJD-DANE, 2019).

Es importante señalar que el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019) (ESNCSPA) indagó por el consumo de medicamentos sin fórmula médica en los que incluyó tranquilizantes, analgésicos y estimulantes, sustancias casi todas ellas asociadas a consumos femeninos, y evidenció una mayor prevalencia vida y año en los varones (2,06%) colombianos que en las mujeres (1,63%). Vale la pena destacar que el DANE señaló una baja prevalencia del consumo de estas sustancias dentro de la población colombiana, pero con una relación mayor de consumo entre los varones.

Sin embargo, algunas de estas cifras de prevalencia por sexo de consumo de medicamentos sin prescripción médica presentada por el DANE, puede ser diferente de llegar a ser contrastados con los datos de los medicamentos tranquilizantes, analgésicos y estimulantes formulados a las mujeres a través de las entidades promotoras de salud -EPS-. Es importante señalar que la mayoría de estos medicamentos a los que hace mención el estudio son sustancias de control donde su acceso está restringido y sujeto a un diagnóstico y una prescripción médica, que de no contar con esas formalidades, su acceso debe realizarse en el mercado ilícito donde se oferta, en este caso, con otras drogas ilegales. Es el caso del el rivotril, clonazepam, la metadona, el oxicotyn, entre otras.

Es comprensible entonces que sean más los varones quienes consuman medicamentos, especialmente de tipo tranquilizantes, en el mercado ilícito y no necesariamente a quienes se les recete más a través del sistema de salud. Esto puede explicarse en razón a la mayor resistencia que tienen los varones de acudir a consultas médicas a través del sistema de salud, a diferencia de las mujeres, para tratar una dificultad psíquica y/o emocional, aspecto asociado a los mandatos de género. En relación a esto, el censo de habitantes de calle realizado en el 2017 en la ciudad de Bogotá resulta esclarecedor. De las 2.307 personas entrevistadas que reportaron un problema de salud en los últimos 30 días, el 42,2% acudieron a una entidad de seguridad social en salud a la cual esta afiliadx o a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud particular o a una empresa social de Estado, hospital o centro de salud, de las cuales el 49,6% fueron mujeres y el 41,1% varones. Entre quienes usaron otras alternativas desde acudir a una autoridad indígena o aun curandero, hasta asistir a brigadas de salud, usar remedios caseros o auto recetarse el 18,2% fueron varones y el 14,6% mujeres (DANE, 2017).

El Estudio Nacional de Consumo de Spa del 2019 al estar focalizado en los hogares ***urbanos*** descartó a la población habitante de calle del universo de estudio, a pesar de ser la habitanza en calle un fenómeno urbano y con una alta prevalencia de consumo de drogas. Sin embargo, existe un censo específico sobre población habitante de calle que se ha realizado en distintos municipios de Colombia. En ese sentido, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- en el marco de la Ley 1641 de 2013 que le ordena *"adelantar, conjuntamente con el personal capacitado con el que cuenten los departamentos, distritos y municipios, la caracterización demográfica y socioeconómica de las personas habitantes de la calle, con el fin de establecer una línea base para construir los parámetros de intervención social en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación del impacto de esta política pública social"* ha censado desde el 2017 al 2021 a 34.091 personas habitantes de calle en el país.

Cada censo ha priorizado a diferentes municipios en los estudios desde el 2017 hasta el 2021. De esta manera, el censo de 2017 priorizó a Bogotá; el del 2019 los municipios de Barranquilla, Bucaramanga y Medellín con sus áreas metropolitanas, así como Cali y Manizales; el censo del 2020 priorizó 661 municipios más de 31 departamentos; y, el del 2021 priorizó a otros 444 municipios entre los que se encuentran Arauca, Armenia, Cartagena, Ibagué, Montería, Neiva, Riohacha, Pasto, Pereira, Popayán, San José de Cúcuta, Santa Marta, Sincelejo, Valledupar, Yopal y Buenaventura, entre otros. Vale la pena señalar que las distintas consultas han notificado a 1120 municipios del país de los cuales solo 391 municipios han reportado tener habitantes de calle en su territorio. (DANE, 2017, 2019, 2020, 2021)

Los resultados de los distintos censos arrojan datos muy similares que dan cuenta de: 1) una mayoría

*** Hogares de todos los estratos socioeconómicos

*** Ciudades con población superior a los 30 mil habitantes en su cabecera municipal.

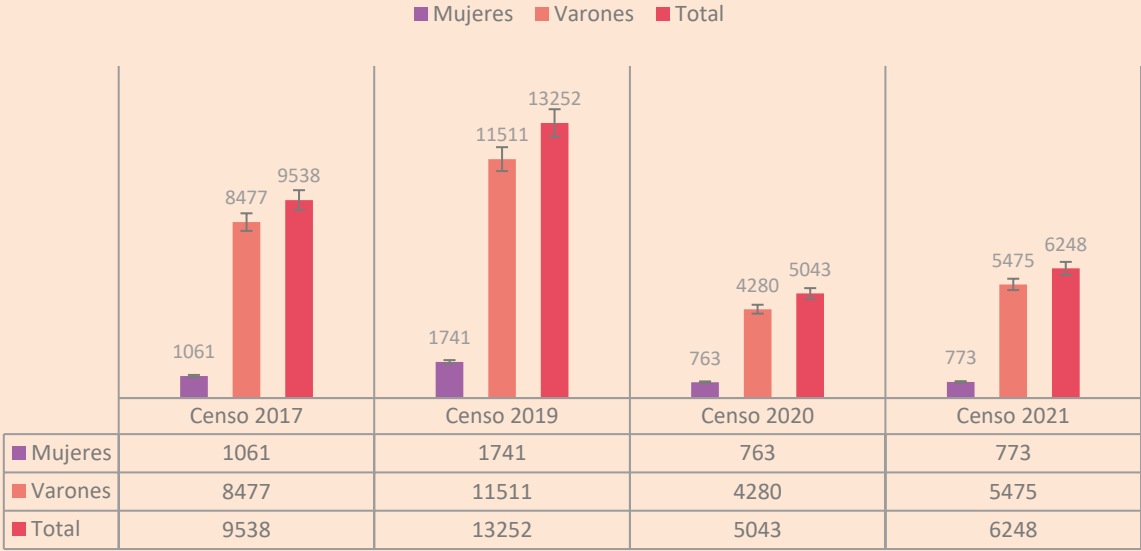
significativa de varones habitantes de calle; 2) la mayor concentración de población se encuentra entre los 22 a 44 años de edad; 3) un porcentaje elevado de personas no se reconoce como de ningún grupo étnico; 4) la mayoría de personas entrevistadas llevan entre 5 años y más habitando la calle ; 5) la mayor actividad de subsistencia es el reciclaje; 6) el consumo de drogas es la principal razón por la que se comienza y se permanece en la habitanza de calle; 7) el basuco, la marihuana y el cigarrillo son las principales drogas consumidas por la población habitante de calle; y, 8) existe una mayoría significativa de personas que se reconocen como heterosexuales dentro de la población habitante de calle.

Aunque lo anterior pueden extenderse de manera similar, guardando las proporciones, tanto al grupo de varones como al de las mujeres, existen algunas variaciones entre los grupos que vale la pena señalar. Es importante indicar que los datos ofrecidos por el DANE en los distintos censos involucran la variable sexo, pero esta no es cruzada con la totalidad de las variables indagadas por lo cual impide realizar análisis diferenciales por sexo y raza de aspectos tales como el tipo de discapacidad y grado de severidad, tipo de problema de salud, así como ahondar por las causas relacionadas con el temor que siente las mujeres por su vida, las cuales representan más de la mitad (54,4%). Por el contrario, se han privilegiado los grupos especiales por edad como una variable transversal.

Las mujeres representan entre un 12% a un 15% de la población habitante de calle en el país, es decir, por cada cien varones hay un promedio de 13 mujeres habitantes de calle.



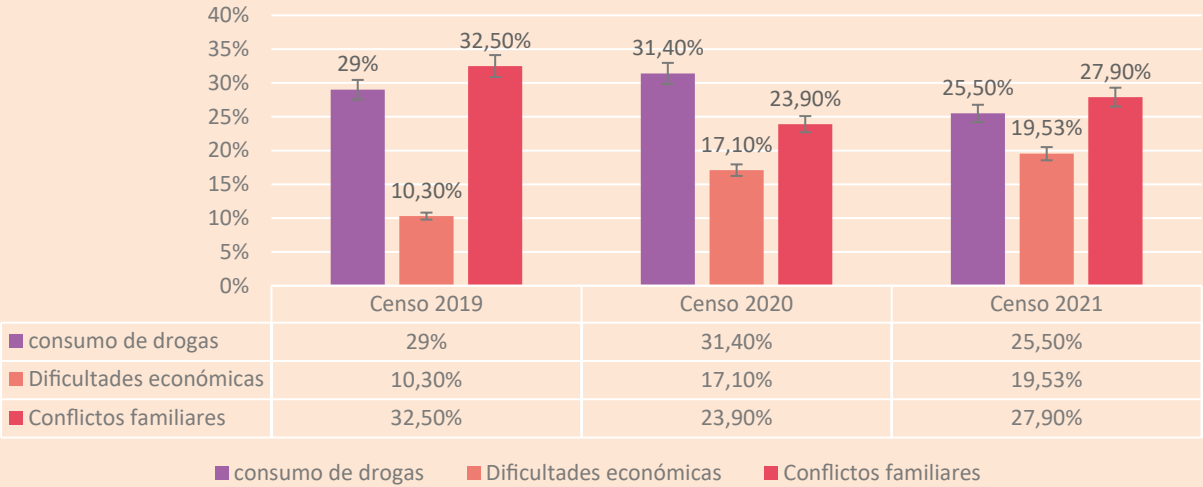
HABITANTES DE CALLE CENSADOS POR SEXO 2017-2021



Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2017, 2019, 2020, 2021

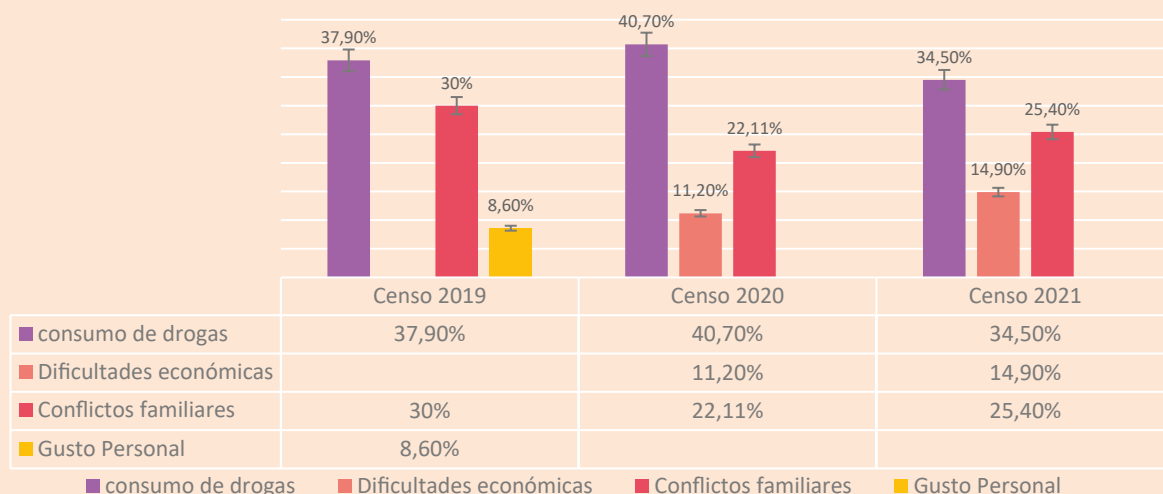
En cuanto a la razón principal por la que comenzó a vivir en la calle, la mayoría de las mujeres manifestaron el consumo de drogas (28,1%) y los conflictos familiares (28,6%) como las principales razones de la habitanza en calle, seguida de las dificultades económicas (15,6%). A diferencia de los varones donde el consumo de spa en los distintos censos ha sido la principal razón para comenzar la habitanza en calle, en las mujeres, han sido los conflictos familiares, excepto en el censo del 2020. Este aspecto es importante tenerlo en cuenta ya que el hogar resulta ser para muchas mujeres un lugar no seguro como lo confirman los reportes sobre lesiones no fatales de Medicina Legal donde el 77,6% de las víctimas de la violencia intrafamiliar y el 87% de las victimas la violencia de pareja son mujeres (Medicina Legal, 2021).

LAS TRES RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE LAS MUJERES COMENZARON A VIVIR EN LA CALLE. 2019-2021



Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021

LAS TRES RAZONES PRINCIPALES POR LAS QUE LOS VARONES COMENZARON A VIVIR EN LA CALLE. 2019-2021



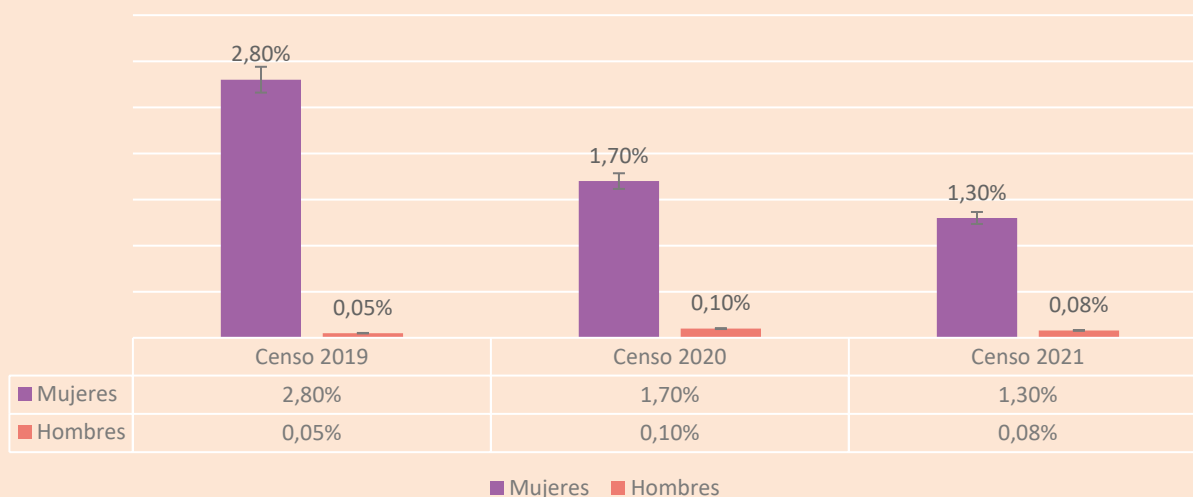
Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021



En cuanto al abuso sexual como una de las razones principales para iniciar la vida en calle este representa el 0.3% de las situaciones (DANE, 2017, 2019, 2020, 2021). En este sentido, la referencia a la *razón principal* deja por fuera abusos sexuales que tanto varones como mujeres han sido víctimas, pero que no consideran como la causa de la habitanza en calle ya sea porque sucedieron con anterioridad al inicio de la vida en calle y/o porque los distintos tipos de abuso hayan sido naturalizados. Sin embargo, los delitos sexuales reportados por Medicina Legal señalan que el 87,4% de las víctimas son mujeres. En este sentido, llama la atención que en la caracterización de las acciones de violencia donde se incluyen golpes, disparos, acciones de violencia con arma blanca y amenazas, no se haya incluido la violencia sexual como una de las acciones a pesar de su alta prevalencia entre las mujeres.



ABUSO SEXUAL COMO RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE COMENZARON A VIVIR EN LA CALLE Y SEXO 2019-2021



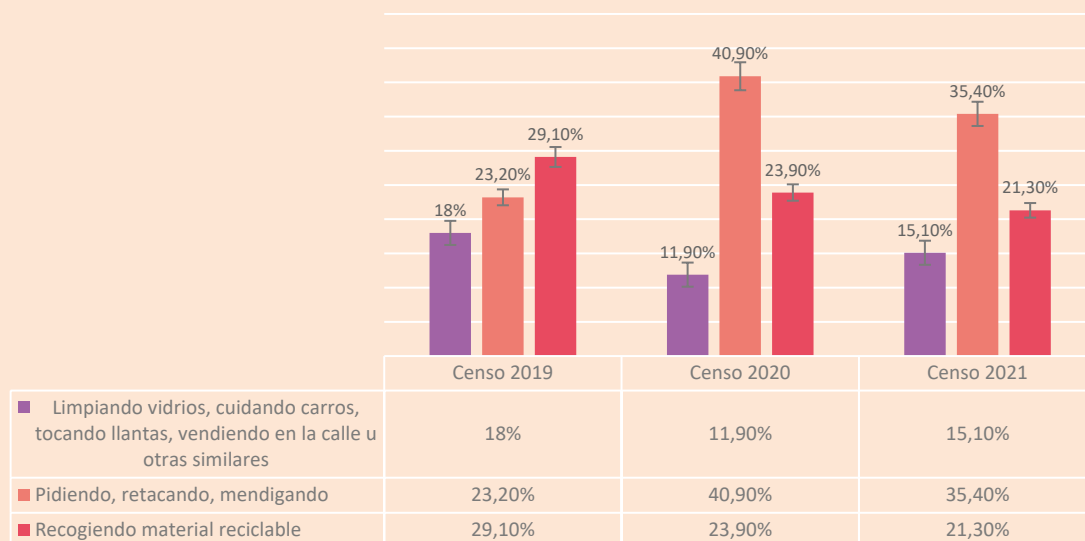
Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021

En relación al tipo de actividad para generar ingresos, el retaque y/o la mendicidad (33,2%) es la principal actividad realizada por las mujeres seguida de la recolección de material reciclable (24,76%), a diferencia de los varones para quienes el reciclaje es la principal actividad (38,5%) seguida de limpiar vidrios y cuidar carros (21,9%).

En cuanto al ejercicio de la prostitución las cifras se invierten de manera significativa, inclinándose hacia las mujeres. El 6,1% de las mujeres habitantes de calle censadas desde el 2019 manifestaron el trabajo sexual como la actividad principal para generar ingresos a diferencia de los varones quienes representan el 0,19%. Esta cifra tan alta del trabajo sexual en las mujeres habitantes de calle, 32 veces más que en varones, puede ser explicada por la alta prevalencia de heterosexualidad masculina (92%), quienes en su gran mayoría son quienes compran y consumen la prostitución femenina. La relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina ya ha sido explorada desde la oferta y la demanda por distintos autores y bajo diferentes enfoques, evidenciando el papel que juega los mandatos de masculinidad en la sexualidad de los varones y como opera la prostitución en el proceso de devenir hombres. (RANEA, 2012, 2016; Diurno 2019)

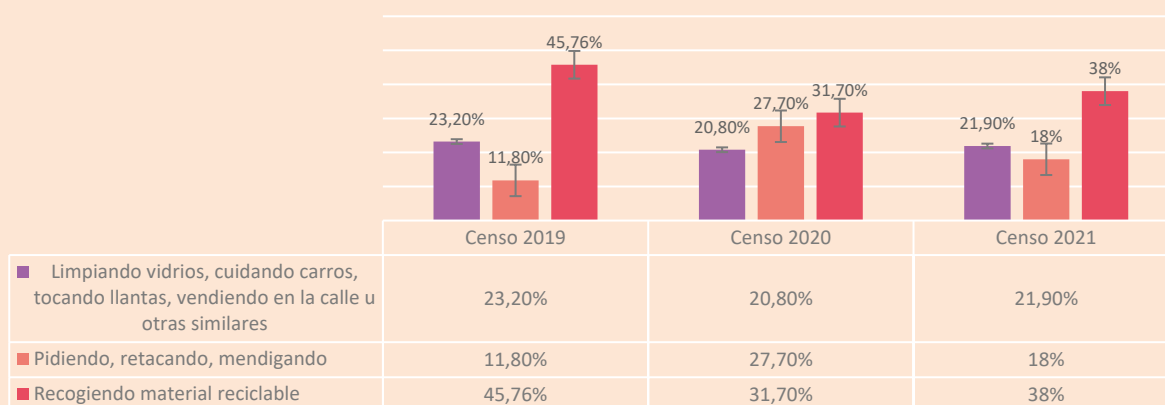
Un aspecto que llama la atención es que esta cifra de mujeres habitantes de calle que tiene como actividad principal la prostitución presentó el mayor pico en el 2019 donde fueron priorizados los municipios de Medellín, Barranquilla y Bucaramanga con sus áreas metropolitanas, así como Cali y Manizales, en el Censo para Habitantes de Calle (2019). De las 89 mujeres que reportaron dedicarse principalmente a esta actividad (7,20%), 36 de ellas se encontraban en ese momento en Medellín (40,4%) y 27 en Cali (30,3%), ciudades que han tenido un reconocimiento por el mercado sexual (DANE- 2019 b).

TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LAS MUJERES PARA GENERAR INGRESOS DANE 2019, 2020, 2021



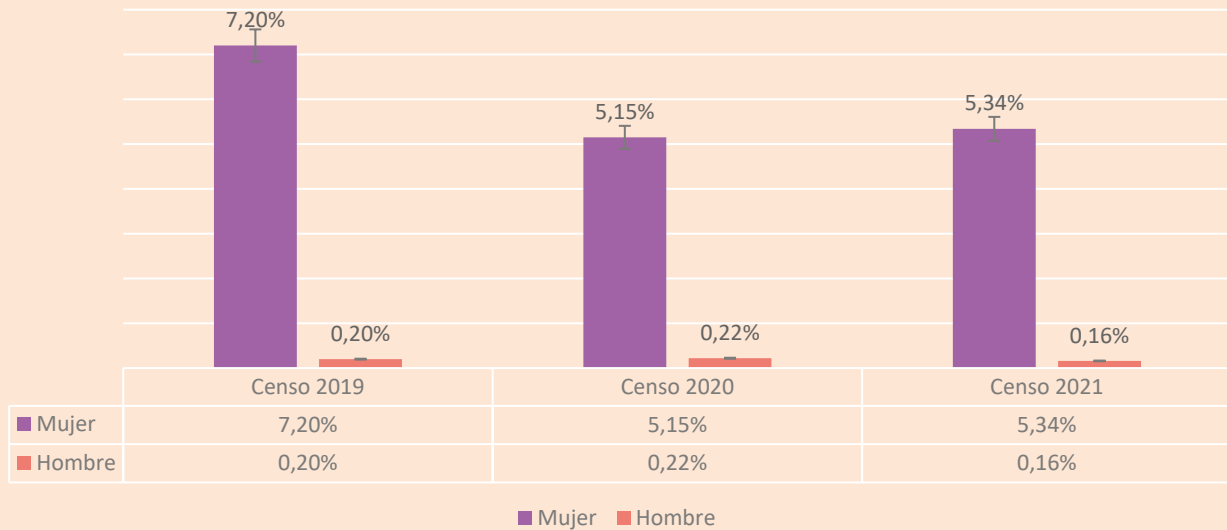
Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021

TIPO DE ACTIVIDAD PRINCIPAL DE LOS HOMBRES PARA GENERAR INGRESO



Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021

TRABAJO SEXUAL COMO ACTIVIDAD PRINCIPAL PARA GENERAR INGRESO POR SEXO DANE 2019, 2020, 2021



Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019, 2020, 2021

MARCO NORMATIVO

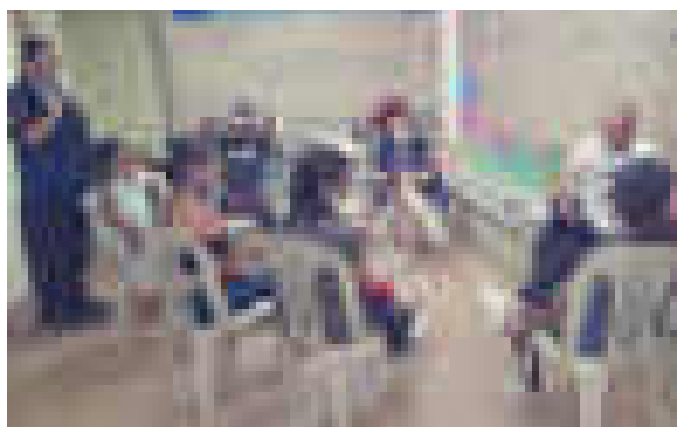
MARCO INTERNACIONAL

En el debate político internacional sobre las drogas existe un consenso, desde hace varios años, de adoptar una perspectiva de salud pública, desarrollo humano y derechos humanos en las políticas de drogas. En las sesiones extraordinarias celebradas por la Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS 2016 en relación con el problema mundial de las drogas, se ratificó este compromiso de reducir la demanda y la oferta, así como sus medidas conexas acorde con la Carta de las Naciones Unidas, el derecho internacional y la Declaración Universal de Derechos Humanos (UNGASS, 2016). Este cambio de enfoque en el abordaje del "problema mundial de las drogas" ha implicado un giro en las políticas de drogas centradas en las sustancias, a unas que priorizan a las personas, las familias y las comunidades para promover y proteger la salud, la seguridad y el bienestar de todas las humanidades. En el documento de resultado de éstas sesiones quedó explícitamente reconocida *"la importancia de incorporar adecuadamente las perspectivas de género y de edad en los programas y políticas relacionados con las drogas"* y de contar por un lado, con la participación de las mujeres en las distintas etapas de desarrollo de los programas y políticas en materia de drogas, y por otro lado, con datos diferenciales para orientar de manera eficiente las intervenciones hacia las necesidades especiales de las poblaciones afectadas. De igual modo se instó a los Estados parte a aplicar en los asuntos relacionados con las drogas, la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra

la Mujer (UNGASS, 2016)

Ese mismo año el gobierno de Colombia bajo la presidencia de Juan Manuel Santos firmó con las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP) los Acuerdos para la terminación del conflicto y la construcción de una paz estable y duradera. Si bien se reconoce que el conflicto armado antecede al problema de las drogas, también la producción y la comercialización de drogas ilícitas han dinamizado y robustecido el conflicto interno. En esta medida, “resolver el problema de la droga en los territorios es también una medida de no repetición del conflicto.” (Alto Comisionado de Paz, 2018, 34) De ahí que para la construcción de una paz estable y duradera sea de vital importancia resolver el problema de las drogas en términos de cultivos ilícitos y economías ilegales, así como intervenir en la disminución de demanda de drogas ilícitas a través de acciones y programas de prevención y atención al consumo. Es importante considerar que el Plan Marco de implementación de los acuerdos de Paz (2017) es un orientador de las políticas públicas en el país hasta el 2031 y en él se contemplan un conjunto de pilares, estrategias, productos, metas e indicadores para su implementación intersectorial, dentro de las que se encuentra la transversalización del enfoque de género y étnico. En relación al consumo de drogas, que hace parte del punto 4 de los acuerdos, este es considerado como un fenómeno multicausal generado por las condiciones económicas, sociales, familiares y culturales en las que se desarrollan las personas y que debe ser abordado por parte del Estado como un asunto de salud pública. Con miras a mejorar la atención a las personas consumidoras de SPA, el gobierno Nacional se comprometió a crear, a través del ministerio de Salud y en articulación con el ministerio de Justicia y Derecho, un sistema nacional de atención al consumidor de drogas ilícitas que debe incluir acciones de rehabilitación e inserción social con enfoque de género y étnico. De igual manera, el gobierno asumió la responsabilidad de crear el Programa Nacional de Intervención Integral

frente al Consumo de Drogas Ilícitas, liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social, como una instancia de alto nivel derivada del Consejo Nacional de Estupefacientes con la función de coordinar los procesos articulados institucionales para la revisión, el ajuste y la implementación de la política frente al consumo. Para lograr los objetivos del programa, el Plan Marco señaló la necesidad de construir planes de acción departamentales en temas de prevención de consumo de SPA y ofertar una atención diferencial a las necesidades e intereses de las mujeres y los hombres con consumo de SPA ilícitas (Gobierno nacional y FARC-EP, 2016).



Tanto UNGASS 2016 como el Plan Marco de los Acuerdos de Paz (2016) están en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible aprobada por la Asamblea General de la ONU en septiembre del 2015, que vincula la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de las mujeres y las niñas al progreso de los objetivos y las metas de la Agenda, así como a la materialización de los derechos humanos; por lo cual reconoce que *“la incorporación sistemática de una perspectiva de género en la implementación de la agenda es crucial”*. (PNUD, 2015). Bajo esta perspectiva debe entenderse la meta 3.5 que plantea *“Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”* (PNUD, 2015), lo que implica crear estrategias de intervención y de gestión del conocimiento que tengan en cuenta las cuestiones de género.

MARCO NACIONAL

La normatividad en nuestro país ha ido adecuándose para responder a los compromisos y a las exigencias internacionales, pero también, a las de una sociedad desigual que se ha visto profundamente afectada por el narcotráfico y la violencia. Con la Constitución Política de 1991 Colombia se proclamó un Estado Social de Derecho fundado en el respeto a la dignidad humana contemplando un conjunto de derechos inalienables a las personas. En el artículo 13 de la Carta se declaró que todas las personas nacen libres e iguales ante la ley y que sin importar el sexo, raza, nacionalidad, religión, etc., gozaran de los mismos derechos, libertades y oportunidades. También responsabilizó al Estado de proveer las “*condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y [adopte] medidas en favor de grupos discriminados o marginados*.” De igual modo, estableció la atención de la salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del Estado y la garantía de acceso a todas las personas a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. (C.P. art. 49)

La Corte Constitucional como guarda de la integridad y supremacía de la Constitución (C.P. art. 241) se ha pronunciado a través de varias sentencias para proteger la dignidad humana, la libertad, la autonomía, el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la salud de las y los consumidores de sustancias psicoactivas, subrayando en ello la obligación del Estado de generar acciones dirigidas a la prevención, atención y rehabilitación del consumo problemático de sustancias psicoactivas con un enfoque integral y de salud pública (2). También ha emitido sentencias para proteger a las personas habitantes de calle, descriminalizar su situación en relación a la mendicidad (C-016 de 1997), garantizar su derecho a la asistencia pública (T-384 de 1993), así como resguardar su autonomía y autodeterminación prohibiendo la internación involuntaria (C-281 de 2018), entre otras. (1).

Por otro lado la Ley 1566 de 2012 reconoció el consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas como un asunto de salud pública y bienestar de los individuos, la familia y la comunidad que requiere por parte del Estado una atención integral; decretando para ello que todas las personas con algún trastorno mental u otra patología como consecuencia del consumo, abuso y adicción a las sustancias psicoactivas tienen derecho a una atención integral por parte de las entidades que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud y las instituciones públicas o privadas especializadas (art. 2) También priorizó el acceso a los servicios de prevención, atención y rehabilitación a los menores de edad y las poblaciones que presentan mayor vulnerabilidad, y ordenó a las entidades administradoras de Planes de Beneficios y las entidades territoriales a desarrollar acciones de promoción y prevención frente al consumo, abuso y adicción de sustancias psicoactivas en el marco de las políticas públicas y planes de salud (art. 6).

Al no hacer alusión la Constitución Política de Colombia a la expresión habitante de calle, resulta importante ahondar en la noción que la Corte Constitucional ha construido sobre el asunto. Este tribunal se ha pronunciado en varias ocasiones en relación a las personas habitantes de calle con el fin de proteger sus derechos, más no con el objetivo de fijar una definición sobre lo que ha de entenderse. Sin embargo, en el propósito de proteger los derechos de esta población la Corte ha utilizado distintos términos como “ciudadanos de la calle”, “personas de la calle”, habitantes de la calle” e “indigentes” para referirse de manera individual o como grupo a quienes viven en la calle. Todas estas expresiones, como lo ha enfatizado la Corte, son de uso corriente en nuestra sociedad para designar a las personas que no cuentan con los recursos económicos mínimos para poder subsistir dignamente, pero también y no menos importante, el uso de estos vocablos reflejan la postura de la Corte Constitucional en el abordaje del fenómeno, quien ha rechazado enfáticamente el

uso del término "desechables" por considerarlo un *"calificativo impropio e indigno que ha venido tomando fuerza en medios sociales en los que se ignora el valor de la dignidad humana y el imperativo constitucional de su respeto"* (T-376/93)

En la sentencia T-533 de 1992 la Corte Constitucional señala que *"los indigentes son personas que carecen de recursos económicos mínimos para subsistir dignamente y se encuentran incapacitados para trabajar, debido a su edad o estado de salud. Las mas de las veces, no cuentan con una familia que les prodigue apoyo material y espiritual"*. Esta noción evidencia una característica común a todos los vocablos utilizados por la Corte y es su referencia a la situación socioeconómica que ubica a las personas en una condición de pobreza extrema. Aunque esta definición contempla a las personas habitantes de calle, no se reduce solo a este grupo, sino que se extiende a todas aquellas personas que por múltiples factores -desplazamiento masivo, pobreza, enfermedad, consumo de drogas, edad, etc.- no pueden cubrir sus necesidades básicas de alimentación por la carencia *"de recursos económicos necesarios para una congrua subsistencia"* (T-684/02). En este sentido, existen personas indigentes ubicadas en asentamientos urbanos o barrios que viven en infraestructuras habitacionales permanentes pero desprovistas de las mínimas condiciones de habitabilidad. Pero cuando hacemos referencia a las *personas habitantes de la calle*, su caracterización radica no solo en que son personas en condiciones de extrema pobreza, sino *"que no tienen vivienda, ni siquiera la precaria de la que disponen otros indigentes, debido a lo cual esta carencia y el hecho de ocupar las vías, los corredores, calzadas o parques o de errar por la ciudad, junto con su pobreza extrema, los singularizan como habitantes de la calle, en la cual transcurre su existencia durante algunos periodos o permanentemente"* (C-385/94).

En la sentencia T-533 de 1992 la cual protege los derechos de una persona indigente a la asistencia

pública, la Corte Constitucional señala tres propiedades para acreditar el carácter de *"indigente absoluto"* en el caso estudiado: (i) incapacidad absoluta de la persona de valerse por sus propios medios; (ii) existencia de una necesidad vital cuya no satisfacción lesiona la dignidad humana en sumo grado; (iii) ausencia material de apoyo familiar.

Teniendo en cuenta estos criterios y de acuerdo con la jurisprudencia constitucional donde se ha tratado el asunto, la caracterización de las condiciones de indigencia implican la valoración de la situación socioeconómica del individuo, que en relación con las personas habitantes de la calle, se particulariza por su *"presencia constante en el espacio público urbano"* (C-385/14). De esta manera, la prevalencia que la Corte le otorga a la clase como un determinante estructural de la indigencia y habitanza de calle esta en que la pobreza es un factor que atenta contra *"la vigencia efectiva de los derechos fundamentales"*

Lo cierto es que, el Tribunal ha considerado a las personas en situación de indigencia como un grupo de especial protección en tanto se encuentran en una circunstancia de debilidad manifiesta *"debido a su condición económica, física o mental, sin que ella misma o su familia puedan responder"* (T-533/92), lo que obliga al Estado a tomar medidas conducentes a garantizar la igualdad real y efectiva (C.P. art.13) y a eliminar las causas estructurales, así como atender de manera directa las afectaciones producto de las desigualdades socioeconómicas. Es precisamente en el reconocimiento de las condiciones de vulnerabilidad de las personas indigentes que la Corte Constitucional le recordó en retiradas ocasiones al legislador su competencia y responsabilidad en desarrollar una normatividad para la atención de este grupo poblacional (T-684-02, T-533/92, T-057/11.).

Es así como en el 2013 se sanciona la ley 1641 que estableció los lineamientos para la formulación de la Política Pública para Habitantes de Calle dirigida



garantizar, proteger y restablecer los derechos de esta población. En su artículo 2 define a lxs habitantes de calle como aquellas *"personas sin distinción de sexo, raza o edad, que hace de la calle su lugar de habitación, ya sea de forma permanente o transitoria y, que ha roto vínculos con su entorno familiar"* Esta definición legal fue demandada ante la Corte Constitucional quien se pronunció considerando inexecutable la expresión *"y, que ha roto vínculos con su entorno familia"*, en tanto vulnera el derecho a la igualdad en las personas habitantes de calle que ya se encuentran en una condición de desigualdad y discriminación por sus condiciones socioeconómicas. (C-385/2014)(T-057/2011). En ese sentido y en concordancia con el artículo 13 de la Constitución Política que ordena al Estado promover *"las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y [adopte] medidas en favor de grupos discriminados o marginados"*, la Corte concluyó que el segmento demandado *"distingue, injustificada e inconstitucionalmente, entre personas merecedoras de protección, pues propicia la privación de los beneficios derivados de las respectivas políticas públicas a quienes, aun habitando en la calle, mantienen algún nexo con sus familiares."* (C-385/2014).

Por otro lado, la ley 1641 del 2013 otorgó competencias específicas en la formulación, implementación, seguimiento y evaluación al Ministerio de Salud y Protección social, al Departamento Nacional de Estadística (DANE) y al Departamento de Planeación (DNP) y delegó la vigilancia de la política pública a la Personería, Defensoría del Pueblo y Procuraduría General de la Nación; todo ello en consonancia con el principio de coordinación, concurrencia y subsidiaridad entre los diferentes niveles de la administración pública (art. 5, literal e).

También contempla un enfoque diferencial por ciclo de vida que prioriza a los niños, niñas y adolescentes, pero no considera el enfoque de género como un elemento diferenciador importante a tener en cuenta en las condiciones de vulnerabilidad de las personas habitantes de calle y en ese sentido, a ser adoptado por las autoridades corresponsables en la formulación e implementación de la política pública social.

En el ámbito de esta ley nace la Política Pública Social de Habitante de Calle 2020-2030 para el restablecimiento y garantía de los derechos de la población habitante de calle de Colombia la cual establece los enfoques, principios y componentes de las acciones articuladas interinstitucionales e intersectoriales con el fin de prevenir que las personas vivan en la calle y atender de manera integral e integrada a quienes ya viven en ella. (MSPS, 2018)

El marco regulatorio internacional al cual se acoge la Política Pública nacional no contempla la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, más, sin embargo, adopta un enfoque diferencial y de género que reconoce las necesidades particulares de las mujeres y la población sexualmente diversa.

En cuanto a la definición de habitante de calle, la Política Pública nacional parte de la definición indicada por la ley 1641 de 2013, exceptuando la expresión *"y, que ha roto vínculos con su entorno familiar"*, al quedar inexecutable por la Corte Constitucional a través de la sentencia C-385/14, precisando su definición en el marco de la Política Pública a las *"personas que se autodefinen como habitantes de la calle, o que asisten a servicios sociales para habitante de la calle o que duermen en la calle esporádica o recurrentemente, o que realizan actividades del ámbito íntimo- distintas a dormir- en el espacio público (autocuidado, relaciones sexuales,*

atención de necesidades básicas, entre otras)"(MSPS, 2018).

En relación a la definición de *habitabilidad en calle* señalada por la ley 1641/13 como "*las sinergias relacionales entre los habitantes de la calle y la ciudadanía en general; incluye la lectura de factores causales tanto estructurales como individuales;*" (Ibidem. Art.2), la Política Pública opta por el concepto de *habitanza en calle*, al considerarlo más preciso para definir un fenómeno urbano producto de condiciones estructurales de desigualdad material y simbólica, en el cual las personas desarrollan hábitos de vida en calle que estructuran su actuar, sentir y pensar, generando un estilo de vida que influye en su relacionamiento con el espacio público y con las personas. (MSPS, 2018)

A diferencia de la ley que le da origen a la política pública de habitante de calle la cual no incorpora un enfoque de género, pero sí un enfoque diferencial por "ciclo de vida" que prioriza a los niños, niñas y adolescentes, la política pública nacional sí lo adopta reconociendo la existencia de desigualdades entre varones y mujeres que se encuentran en situación de calle (en y de) a causa de los roles asignados socialmente a los géneros (MSPS, 2018). La importancia de su incorporación como enfoque dentro de la política pública radica en que centra la atención del Estado hacia las desigualdades de género y los efectos diferenciales que esto tiene sobre la vida de los varones y mujeres habitantes de calle, con el fin de dar respuestas estatales más adecuadas a las necesidades e intereses de la población y la sociedad en general.

También incorpora el enfoque interseccional señalando que "*Cada sujeto está constituido por múltiples estratificaciones sociales, económicas y culturales que definen la manera en que se ve afectado por diferentes proyectos sociales, políticos y económicos en determinados contextos y momentos*

históricos. En ese sentido, la presente política tiene en cuenta tanto las diferencias y afectaciones según grupos sociales, como aquellas que se presentan al interior de cada colectividad (v.g. habitante de calle y sexo, consumo de Sustancias Psicoactivas, grupo étnico, nivel educativo, entre otros)."(MSPS, 2018, pág., 30). Bajo estos enfoques se reconoce la existencia de grupos que tienen un mayor riesgo a las afectaciones de la vida en calle y mayor desventaja a la hora de asumir la situaciones propias de la vida en calle como son "*las personas mayores, los niños, niñas y adolescentes, las personas en condición de discapacidad, las personas con trastorno mental, las mujeres, las mujeres gestantes, las personas con identidad de género distinta a la heteronormativa y las personas con pertenencia étnica;* y que por lo tanto necesitan ser visibilizadas por el Estado para una atención prioritaria por lo que es "*importante que en la identificación de la población se distingan las personas que hacen parte de estos grupos*". Esto implica adecuar tanto los instrumentos como los procesos de gestión de la información en clave de género, desagregando datos e involucrando nuevas variables y relaciones en los análisis, pero también, generando acciones diferenciales de acuerdo a las necesidades específicas y a una matriz de riesgo que debe contemplar el género y la posición social de desventaja que otorga en nuestro contexto, como un criterio de priorización de la atención estatal.

La territorialización de los lineamientos de la política pública implica el diseño y adecuación de las rutas de atención, programas, proyectos y servicios que tendrán que estar incluidos en los planes de desarrollo departamentales, municipales y distritales, y en el Plan de Atención Integral a Personas Habitante de Calle -PNAIPHC, y deberán sustentarse "*en los enfoques de curso de vida, diferencial, género e interseccional, sin perjuicio de los demás enfoques establecidos en la presente política.*"(MSPS, 2018)

Otros mecanismos que garantizan los derechos a



la salud y el buen vivir a las personas habitantes de calle consumidoras de sustancias psicoactivas desde un enfoque de género, son la Política Pública de Salud Mental (2018) y la Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas (2019) expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Es importante señalar en este punto, que la salud mental es un elemento decisivo para el funcionamiento de las sociedades y se ha convertido en un tema prioritario para los gobiernos por su estrecha relación con el bienestar y la productividad de la población. Así lo expresaba Nubia Bautista, subdirectora encargada de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social

"Esta [la salud mental] es un factor determinante para el desarrollo humano y social, puesto que es fundamental para la construcción de capital social y redes de apoyo, el fomento de la productividad y el fortalecimiento de sociedades más pacíficas" (MSPS, 2020)

La Organización Mundial de la Salud -OMS- ha definido la salud mental como *"un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productivamente y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad"* (OMS, 2001, Pág.1). Sin embargo, la salud mental como las enfermedades mentales están determinadas por múltiples factores del orden biológico, psicológico y social que afecta la salud en general. Un informe sobre promoción de la salud mental realizado por la OMS señaló que la evidencia que existe en los países desarrollados y en vía de desarrollo relaciona las enfermedades mentales con los indicadores de pobreza y sus conexos, por lo que la vulnerabilidad hacia las enfermedades mentales puede explicarse a partir de la experiencia de vivir en contextos de inseguridad, de conflicto armado, desempleo, violencia de género, habitanza de calle, entre otros

(OMS, 2004). En este sentido, la OMS ha reconocido que *"el género puede ser visto como un poderoso determinante social de salud que interactúa con otros determinantes, tales como edad, estructura familiar, ingreso, educación y apoyo social."*(OMS, 2000)

En Colombia la Política Pública Nacional de Salud Mental -resolución 4886 de 2018- es el resultado de la priorización en el país de la Salud Mental como un eje importante del bienestar humano y social, así como del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental que el Estado debe garantizar.

La política hace una distinción entre *problema mental* y *trastorno mental*. El primero lo define como *"el malestar y las dificultades en la interacción con los otros, que se generan por la vivencia de eventos estresantes y no son tan graves como un trastorno mental"*. En lo que respecta al segundo, la política adopta la definición dada por DSM-5 de trastorno mental como *"un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental"*

La política pública acoge un modelo de determinantes sociales de la salud mental establecidos por la OMS en el Plan de Acción sobre Salud Mental y acogido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros, entre los que incluyen los factores ambientales, socioeconómicos, culturales, biológicos y los relacionados con el sistema de salud. (OMS, 2014) (MSPS, 2018). Es importante señalar que en el Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS quedó indicado que cualquier acción llevada a cabo para su implementación por cualquier Estado Miembro debe integrar los enfoques de género, equidad, etnicidad y derechos humanos. (OMS; 2014) En consonancia con ello, el Ministerio de Salud y Protección Social reconocen que existen ciertas circunstancias que

potencian los riesgos o dificultades para el bienestar y equilibrio de las personas y que estos factores afectan de manera diferencial la salud mental de los varones, las mujeres y la las personas que se reconoce como LGBTI. En ese sentido, asume el género como un estructurador social que determina tanto los estereotipos, roles, valoraciones e imaginarios de lo masculino y lo femenino, como las relaciones de poder que se desprenden y que se agudizan con otras formas de desigualdad. De igual manera admite que las discriminaciones de género permean las estructuras sociales e instituciones del Estado, de ahí que resalte *"la necesidad de que en la atención en salud mental se reconozcan las identidades de género y las orientaciones sexuales, como también los roles de género desde una perspectiva de igualdad"* (MSPS, 2018)

MARCO LOCAL

La política publica social para habitantes de calle de Medellín (2015-2017) y la perspectiva de género

El Consejo de Medellín mediante el acuerdo municipal 24 de 2015 y según lo establecido en la Ley 1641 de 2013, decretó la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle del municipio de Medellín. En el artículo 3 referido a los principios sobre los cuales se cimenta este instrumento, acogió la equidad, la diversidad y la igualdad entre otros, como ejes articuladores de las intervenciones del Estado que posibilitan garantizar, proteger y restablecer los derechos de esta población. Así mismo, en el artículo 6 adopta el enfoque diferencial señalando que:

"Este enfoque parte de un análisis diferencial de las necesidades y particularidades de las personas, para el desarrollo de acciones con que se busca garantizar la igualdad, equidad y la no discriminación.

Reconoce las diferencias, en razón del sexo, el género, la edad, etnia, orientación sexual, discapacidades, condiciones económicas, sociales, culturales y políticas; a partir de las cuales se propongan acciones de atención, asistencia, reducción del riesgo, mitigación del daño y rehabilitación." (Acuerdo 24 de 2015)

De lo anterior se deduce que el reconocimiento de estas singularidades son una oportunidad para fortalecer la gestión del Estado, al responder de manera más integral y sistémica a las necesidades de las personas habitantes de calle.

Dos años después y con el propósito de dar desarrollo al acuerdo municipal antes mencionado y a los acuerdos establecidos por el Comité Interinstitucional de la política pública, se formula el *Plan Estratégico de la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle del Municipio de Medellín 2017-2025*, enmarcándose en el Plan de Desarrollo 2016-2019, Medellín cuenta con Vos. Allí, como en la norma que le da origen, se reconoce el género como una dimensión del ser humano que implica una observancia por parte del Estado para la defensa de los derechos de la población habitante de calle, acogándose de esta manera a los principios de equidad, diversidad e igualdad, así como al enfoque diferencial.

En este documento se desarrollaron las tres líneas estratégicas con sus respectivos componentes establecidos



por el Acuerdo 024/15:

- 1) *Línea estratégica de promoción, protección y restablecimiento de derechos* que comprende los componentes de salud, educación, recreación/cultura/deporte, trabajo digno e integridad y seguridad personal.
- 2) *Línea estratégica de prevención, mitigación y superación* que son sus tres componentes
- 3) *Línea estratégica de comunicación e información* que involucra la gestión, los componentes de conocimiento y sistematización de experiencias, así como las estrategias comunicacionales y de difusión.

Así mismo, el Plan Estratégico se planteó el objetivo de *"implementar acciones estratégicas **integrales, diferenciales, territoriales y transectoriales**, orientadas al mejoramiento de la convivencia ciudadana y la dignificación de los ciudadanos habitantes de la calle, en el marco de la promoción, protección, restablecimiento y desarrollo de sus derechos, que contribuyan a su inclusión social, económica, política, cultural y la prevención del riesgo que genera las condiciones de habitabilidad en calle.*" (PEPPHC, 2017-2025), que no es otra cosa que reafirmar, lo que ha venido reconociendo la política pública que *el sexo, el género, la edad, la etnia, la orientación sexual, las discapacidades, las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas* deben quedar reflejadas en los distintos objetivos, acciones, metas e indicadores del plan estratégico.

La revisión realizada de los marcos normativos a partir de los textos y de las apreciaciones de algunos funcionarios públicos deja entrever una serie de tareas pendientes por parte de las instituciones públicas para hacer que en el fenómeno de la habitancia en calle pueda integrarse de manera efectiva la perspectiva de género y el enfoque diferencial.

Lo primero que se evidencia en el documento de

la Política Pública es la necesidad de incorporar un lenguaje incluyente en el texto, qué de cuenta en su narrativa de la diferenciación sexo/género e interseccionalidades, aspectos determinantes para atender y prevenir la ocurrencia de la habitancia en calle. Es importante comprender que el uso del lenguaje es fundamental para el reconocimiento de las diversidades, que nombrarlas debe priorizarse sobre una economía del lenguaje que invita al uso de universales masculinos como "ciudadano", "hombre", "el habitante de calle", etc., invisibilizando las experiencias de vida de las mujeres cis, trans y personas no binarias.

Dentro de la línea estratégica de *Promoción, Protección y Restablecimiento de Derechos* en el componente de Salud, el cual direcciona las acciones para el acceso oportuno y de calidad a las personas habitantes de calle al sistema de salud, se señala *"la creación de protocolos diferenciados, que reconozcan las condiciones particulares en materia cultural, psicológica, de orientación sexual y de género de las personas beneficiarias de esta política"* (Acuerdo 024/15) (PEPP, 2017-2025). No obstante, esto sigue siendo una tarea pendiente para incorporar dentro de los indicadores y acciones de este componente dentro del Plan Estratégico de la Política Pública.

Respecto al objetivo *"disminuir la incidencia de embarazos, ITS y mitigar los riesgos en salud para la atención de habitantes de calle"*, pudiese interpretarse como una acción *diferencial* hacia las mujeres, en el entendido patriarcal que son ellas quienes son las responsables de prevenir los embarazos y por ende quienes están en el deber de planificar. Sin embargo, la ocurrencia de embarazos está directamente relacionada con el uso de los métodos anticonceptivos, temporales y permanentes, por parte de mujeres y varones, por lo que descartar el término *mujeres* en el enunciado y adoptar el de *habitantes de calle*, se justifica al ampliar la visión del fenómeno y de las intervenciones diferenciales que pueden realizarse

sobre este tema de acuerdo al género, sexo u orientación sexual.

A pesar del reconocimiento del género dentro del Plan Estratégico de la Política Pública Habitante de calle como una dimensión humana que debe ser considerada en las acciones del Estado para atender las necesidades diferenciales de esta población, el enfoque diferencial no ha logrado integrarse a los objetivos, las acciones, las metas y los indicadores de los componentes de las distintas líneas estratégicas de dicho plan.

En relación al componente de *Integridad y Seguridad personal* que *"propone estrategias de gobierno para prevenir situaciones que se consideran problemáticas y discriminatorias de sus derechos; así mismo, busca garantizar el acceso a la justicia, seguridad desde el acompañamiento y asesoría jurídica en los casos que sea necesario"*, no contempla las violencias basadas en género como una situación que afecta considerablemente la seguridad y la dignidad de las personas en el contexto de habitanza en calle, especialmente de las niñas, las adolescentes y las mujeres, la cual debe ser intervenida de manera integral por parte del Estado. De esta manera, es necesario generar acciones para identificar, prevenir y atender la ocurrencia de las violencias basadas en género dentro de la población habitante de calle, así como generar conocimiento sobre la situación de seguridad de las mujeres y los riesgos diferenciales de quien consume drogas y ejerce el trabajo sexual en el contexto de la habitanza en calle.

Por otro lado, los indicadores de cultura, deporte, educación y trabajo digno establecidos en la PPHC deben articularse a las metas e indicadores tanto de los planes estratégicos de otras políticas públicas (mujeres, drogas, seguridad, educación, et.) como de los planes de acción de las secretarías corresponsables a fin de dirigir e intencionar los servicios a la población habitante de calle de forma descentralizada al programa de atención Habitante de calle, permitiendo que muchas de las acciones diferenciales que contemplan las distintas secretarías puedan beneficiar a las mujeres y varones habitantes de calle.

También quedó evidente como tarea pendiente de la implementación de esta política asuntos como la actualización de sistemas de información de distintas dependencias para incluir indicadores relacionados con la atención a la habitancia calle (más allá de los del programa de Atención al Habitante de Calle), con perspectiva de género, así como poder incluir en este registro otras organizaciones de la sociedad civil que desarrollan intervenciones y/o acompañamientos de todo tipo: asistenciales, tratamiento y salud.

LA HABITANZA DE CALLE EN MEDELLÍN PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

El censo del 2019 realizado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- sobre habitantes de calle, que priorizo a los municipios de Barranquilla, Bucaramanga y Medellín con sus áreas metropolitanas, así como Cali y Manizales, arrojo un total de 13.252 personas en habitanza de calle, ubicando a Medellín con el 28,9% como la segunda entidad territorial con mayor concentración de esta población antecedida por Cali (35,8%).

Para Medellín, el censo (2019) estimo una población de 3214 personas habitantes de calle de las cuales el 85,18% correspondieron a varones y 14,8% a mujeres. Esta diferencia significativa de la cantidad de varones



en relación a la cantidad de mujeres en habitanza de calle coincide con las distintas cifras entregadas por el DANE de los 370 municipios restantes que informaron tener población habitante de calle en su territorio. De igual modo, la georreferenciación realizada en el 2020 por el Parque de la Vida para habitantes de calle de Medellín, arroja esta misma propensión de más varones (81%) que mujeres (19%) en habitanza de calle. Esta diferencia significativa es una constante en los censos realizados en el país para esta población y ha sido un hecho confirmado por lxs distintxs actores entrevistadxs para este diagnóstico.

La mayor concentración de la población habitante de calle se encuentra en el rango etario entre los 20 años a los 59 años de edad, existiendo en las mujeres más alta concentración entre los 20 y los 39 años y en los varones entre los 25 a los 39 años. También esta población presenta una baja tasa de escolaridad donde solo el 4,9% de las mujeres y el 5,9% de los varones han completado la secundaria, aunque más de 80% de la población sabe leer y escribir (DANE-2019)

Por otro lado, el 91,3% de la población habitante de calle en Medellín no se identifican con ningún grupo étnico y entre quienes lo hacen la mayoría son personas afrodescendientes (6,9%) seguida de indígenas (1,1%).

Según el Censo (DANE, 2019) en el municipio de Medellín el 18,3% de las mujeres habitantes de calle y el 12,4% de varones, presentan dificultades físicas para realizar algún tipo de actividad. Esta mayor prevalencia de las mujeres con alguna dificultad física es importante analizarla en relación con su autonomía económica y los medios de subsistencia de quienes presentan esta condición. Es importante señalar la alta ocurrencia de lesiones físicas, algunas de ellas permanentes, en las personas habitantes de calle las cuales son producto de accidentes de tránsito, riñas y problemas de salud sin atender.

Según cifras del DANE (2019b) el 76% de las mujeres y el 74,8% de los varones encuestados llevan más de 5 años en habitanza en calle, de lo que se puede concluir que una larga permanencia en dicha condición puede generar dificultades para la adaptación a otros estilos de vida. De ahí que sea importante que los programas ofertados amplíen sus estrategias de acompañamiento, más allá del asistencialismo, frente a las personas que no quieren o no pueden dejar el consumo de drogas y la habitanza en calle. En este punto es importante no perder de vista que el fenómeno de la habitanza en calle es estructural que supera en muchos casos la capacidad de agencia y responsabilidad del individuo, toda vez que múltiples factores ajenos pueden llevar a las personas a adoptar la vida en calle.

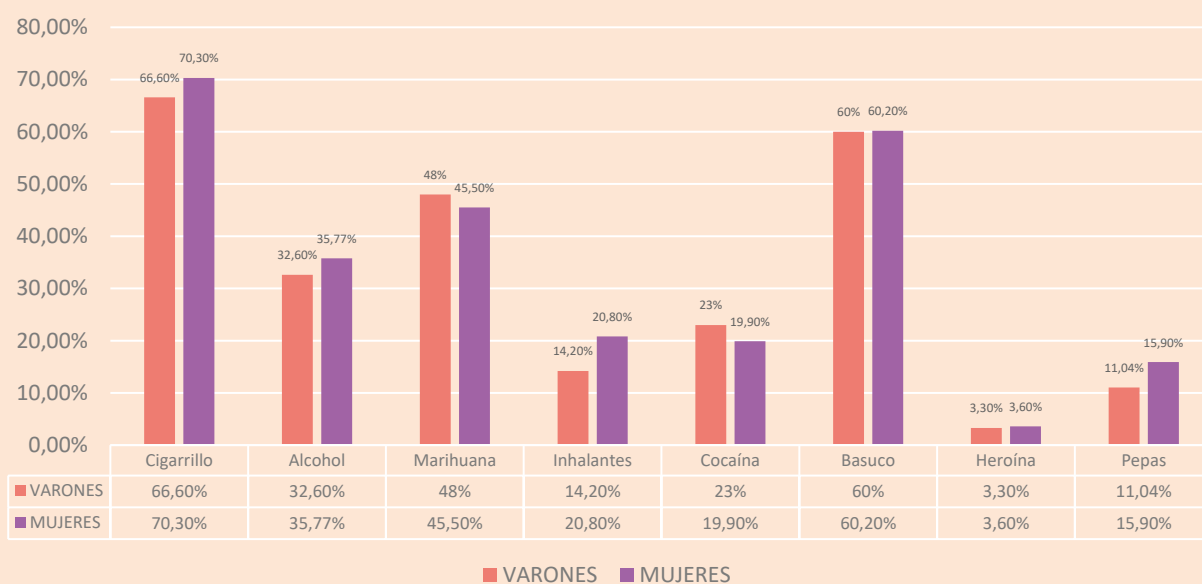
Las drogas más consumidas por la población habitante de calle son el cigarrillo (74,8%), el basuco (66,1%), el alcohol (37,8%), la marihuana (53%), la heroína (3,6%), la cocaína (24,7%), las pepas (12,5%) y los inhalantes (15,9%) (DANE, 2019). La mayoría de las personas habitantes de calle que fuman basuco lo hace en pipa y quienes consumen heroína lo hace en su gran mayoría a través de la inyección. Tanto la pipa como la jeringa están asociadas a una mayor dependencia de las personas hacia las sustancias. Llama la atención los datos entregados por el DANE (2019) sobre el consumo de drogas en habitantes de calle, evidenciando que, a excepción de la marihuana y la cocaína, las mujeres reportaron consumir más cantidad de drogas que los hombres. Esto a diferencia de los datos entregados en la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (Min. Justicia y del Derecho 2019), el cual reveló que los varones consumen más tipos de drogas y mayor cantidad que las mujeres. Sin embargo, esto no coincide con la realidad del consumo de drogas en las mujeres habitantes de calle, aspecto que debe profundizarse en próximos estudios.

INDICADORES DE CONSUMO DE CUALQUIER SUSTANCIA ILÍCITA, SEGÚN SEXO (MIN.JUSTICIA Y DEL DERECHO, 2019)

Sexo	Prevalencia			Incidencia	
	Vida	Año	Mes	Año	Mes
Hombres	14,53	4,99	3,26	0,92	0,27
Mujeres	6,27	1,84	0,88	0,28	0,04
Total	10,25	3,36	2,03	0,58	0,15

Fuente: Ministerio de Justicia y del derecho- Estudio Nacional de Consumo de Sustancia Psicoactivas Colombia 2019

HABITANTES DE CALLE DE MEDELLÍN POR CONSUMO DE DROGAS Y SEXO (DANE_2019 b)



En Medellín, el mayor aglomerado de población habitante de calle consumidora de drogas se encuentra en la comuna 10 -la Candelaria-, especialmente en lo que la georreferenciación del 2020 denominó como Zona 1 y Barrio Triste*, donde se concentra el 59% y 17% de la población respectivamente (Parque de la Vida, 2020). Esta concentración está relacionada con la ubicación en esos sectores de la venta y el consumo de drogas, el descanso y la posibilidad de realizar distintas actividades de subsistencia como el retaque, el reciclaje, la mendicidad, el trabajo sexual, oficios varios, entre otras. Estos son dos de los sectores donde el Centro de Escucha de la Corporación Surgir realiza sus actividades.

En la zona 1, el 81% de la población habitante de calle son varones (738) y 19% mujeres (173), de los cuales el 70,7% habitan de manera permanente el sector por el consumo de drogas (86,4%) y por descanso (8,1%). Las actividades de subsistencia que más se realizan en esta zona son el reciclaje (47,4%), oficios varios (17,7%), mendicidad (15%), prostitución (5%) y ventas informales (4,8%) (Parque de la vida, 2020).

En Barrio Triste se encuentra el 16,8% de la población habitante de calle de los cuales el (73,8%) son varones y el 26,2% mujeres. De los cuales (78,5%) habita de manera permanente la zona, siendo la mayor razón el consumo de drogas (84%) seguido del descanso (14,6%). En esta zona las actividades más usuales son el reciclaje (44%) y los oficios varios (20%).

RESULTADOS

MOTIVACIONES, PRÁCTICAS Y CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS Y LA HABITANZA EN CALLE

Los factores de riesgo para que varones y mujeres lleguen, retomen o se mantengan en el consumo de drogas y la habitanza en calle son variados y están asociados a desigualdades estructurales que generan exclusión y marginación, como la pobreza, el desempleo, el estigma social, las barreras de acceso a la educación y a la capacitación, los cambios económicos y políticos, los asuntos autobiográficos y el género, entre otros. Estos factores precipitantes que determinan que alguien adopte la vida en calle, afectan y son experimentados de manera diferencial por las personas de acuerdo a su género, clase social, edad, etnia, raza (PEHC, 2017-2025) y al tipo de consumo de drogas que tenga. Una de las situaciones que debe considerarse como factor de reincidencia en la habitanza en calle y que tendrá que profundizarse en otros estudios, son las afectaciones que dejaron las medidas decretadas de confinamiento obligatorio durante la pandemia del COVID-19 durante todo el 2020 que exacerbo la vulnerabilidad de miles de trabajadores informales que laboraban en el espacio público, quienes debieron, algunos de ellos, retornar al sistema habitante de calle ante la dificultad de conseguir un sustento económico

* Comprende la Cra. 52 Carabobo entre la 58 y la 50; la Cra 53 Cundinamarca entre calles 58 y 50; Parque Rojas Pinilla, Tejelo; Plaza Zea; la Cra 54 Cúcuta entre calles 58 y 56; Edificio Miguel de Aguinaga; Avenida de Greiff; Alrededores de Centro Día 2.

** Avenida del Río desde la Macarena hasta el Aula Ambiental; Avenida del Ferrocarril incluyendo puentes peatonales desde Easy hasta la Glorieta de San Juan; Barrio Sagrado Corazón; San Benito, Puente de Colombia; Corpaul / Bayadera, U Autónoma, Iglesia María Auxiliadora, Parque de las Bicicletas; Barrio Chagualo, CC Aventura; Bajos del Cerro el Volador Deprimido de la Alpujarra, mangas del antiguo campamento y oreja de la Minorista.

"Hay muchos aquí que tenían una estabilidad y trabajan y se sostenían, pero por temas económicos, incluso con la pandemia, muchos tuvieron que retornar al patio porque ya no tenían ingresos ni como sostenerse, y volvieron nuevamente, hay unos que se sostienen sobrios y que no consumen[...]" (profesional, SHC)

FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE LA VIDA EN CALLE

CONFLICTOS FAMILIARES, CONSUMO DE DROGAS

Las cifras entregadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE- (2019) en el censo realizado para población habitante de calle señaló que, más mujeres consideran los conflictos familiares (39,7%) como la principal razón para el inicio de la vida en calle, seguida del consumo de drogas (30,5%), dándose de manera inversa en los varones, siendo en ellos el consumo de drogas la principal razón (39,5%), seguido de los conflictos familiares (26,3%). Esta predominancia en las mujeres de los conflictos familiares como la razón principal para el inicio de la vida en calle se corresponde con el hecho de que los hogares no son un lugar seguro para ellas. Las cifras de enero del 2022 del Instituto de Medicina Legal evidencian esta situación: De los 3819 casos reportados de violencia intrafamiliar el 76,3% fueron mujeres. Sin embargo, aunque la violencia intrafamiliar puede ser un factor expulsor del hogar, los estereotipos de género que le han asignado un lugar privado a las mujeres haciéndolas sentir ajenas a la calle, puede estar relacionado con el bajo porcentaje de mujeres habitantes de calle en comparación a los varones, a quienes no solo se les ha instado a habitar la calle, sino que ésta ha sido construida para su deleite (CEDEÑO, 2017)

A diferencia de las mujeres, los varones consideran el consumo de drogas como la principal razón para

iniciar la vida en calle, seguido de los conflictos familiares. Aquí es importante resaltar que, los mandatos de masculinidad juegan un papel importante en la prevalencia y abuso de los varones de las sustancias psicoactivas y su relación con la calle. Las estadísticas del Estudio Nacional sobre el consumo de drogas (2019) señalan que los varones consumen más drogas lícitas e ilícitas, incluyendo medicamentos sin prescripción médica, inician el consumo a más temprana edad, tienen más fácil acceso a las sustancias ilegales, les ofrecen más drogas que a las mujeres y presentan mayores comportamientos de riesgo que ellas. Esta relación que existe entre el consumo de sustancias psicoactivas y la construcción social de la masculinidad ya ha sido explorada en trabajos como el de Stanley Brandes (2002), Marco Toquero y María Alejandra Salguero (2013), entre otros. En este sentido, es viable aducir que los mandatos de masculinidad heteronormativos de fuerte, valiente, arriesgado y competitivo afectan la percepción de riesgo de los varones en el consumo de drogas, los lleva a abusar más fácilmente de una sustancia psicoactiva y acomodarse más rápidamente a las condiciones de la habitanza en calle.

"Mi madrastra, me vendía a mí, mi cuerpo por plata de pequeña de 10 añitos. Ella llevaba hombres a la casa, pero vendiéndome a mí, mi cuerpo por plata. Entonces yo me salí de la casa por eso. Esa fue la razón por la que me tire para la calle."

(Mujer informante habitante de calle)

Sin embargo, es importante señalar que los varones que han habitado la calle desde la infancia o la adolescencia, han señalado, el maltrato físico, verbal y psicológico por parte de sus cuidadores como el factor expulsor del hogar. En ellos, el inicio del consumo de drogas aparece a edades muy tempranas asociado a su interacción precoz con la calle en la que existe un mercado ilícito de drogas con una alta oferta y demanda que, al no estar regulado estatalmente, facilita el acceso a drogas por parte de lxs menores de edad

"Yo me volé de la casa la primera vez y yo no consumía drogas, sino que yo no me sentía bien en la casa. No me gustaba el régimen de mi papá, como me estaba criando. Demasiado mano dura. Él era militar y fuera de eso evangélico, y a que no podía ver televisión y ciertos programas. En la calle ya conocí lo que es la droga y quise probarlas todas. La que me falta la quería probar, pero solo de maldad con el cucho." (inyector Habitante de Calle)

No solo los mandatos de género y la violencia intrafamiliar son determinantes en la expulsión del hogar, sino también, el estigma social que se tiene del consumidor de drogas ilícitas y la forma en como se ha instruido a la familia y a la comunidad para abordar la situación de consumo. Una de las acciones más recurrentes que se realiza, así el consumidor de drogas no constituya un riesgo real para su entorno, es expulsarlo de la familia, el colegio, el barrio, etc., bajo un supuesto peligro que ha de conjurarse "ayudando" al adicto a "tocar fondo", aleccionándolo con el debilitamiento de su red subjetiva, para que logre así la recuperación. De esta manera, los mandatos de masculinidad, el estigma sobre el consumo de drogas ilícitas y la forma institucionalizada de abordarlo acelera la adopción de la vida en calle en los varones.

Según varios de los varones entrevistados, la dependencia a una sustancia, principalmente ilícita, ha sido determinante para el inicio de la vida en calle. Así muchos han elegido habitar de manera permanente los sitios donde se vende drogas por la facilidad para su acceso y consumo, encontrando como suplir otras necesidades vitales como -dormida y alimentación- en el contexto de la calle.

"Para mí es más consecuencia porque como lo digo, llega un momento en el que en la casa se cansan ¿cierto?, entonces uno mismo ve cosas como que en la calle hago plata para pagar una pieza, ¿sí? Me canso todo el día haciendo que pal alivio, pa' la comida, pa' la pieza; son las diez, once de la noche; entro, pago una pieza de 20 mil pesos, y yo me acuesto, hago así y ya es el otro día; y ya debo la pieza, me tengo que aliviar, tengo que comer otra vez, entonces que empieza uno hacer, a no pagar pieza y a guarda la plata porque al otro día así sea en la calle, pero despierto tengo con que alíviame y con qué comer, ¿sí?, entonces también es eso, ¡Ehh! como decía el, la facilidad para consumir, porque si tu suples otras necesidades va hacer más difícil que pueda conseguir para aliviarse." (varón habitante de calle inyector de heroína)

La percepción del consumo de drogas como factor *determinante* suele estar basada en la idea, compartida colectivamente, que son las drogas la principal causa para que una persona se vuelva adicta y en ese sentido, como consecuencia llegue a la habitanza en la calle. Sin embargo, esta idea suele perder fuerza o deja de explicarse con suficiencia, cuando se estima el bajo porcentaje de personas consumidoras de drogas que presentan un abuso y/o dependencia, y que se reduce aún más, cuando se trata de quienes por ese motivo llegan a la habitanza calle.

MANDATOS DE GÉNERO

Los mandatos de género influyen en el inicio de la vida en calle y suelen expresarse materialmente en el modo en como experimentan tanto mujeres como varones, en sus múltiples dimensiones de diversidad y opresión, la calle. La feminización de los espacios privados ha relegado a las mujeres al hogar a través del matrimonio, la maternidad y las tareas del cuidado, excluyéndolas de la toma de decisiones políticas, de la participación del poder y de habitar lo público. Esta extrañeza por la calle, que hace parte de la privación del goce de lo público, ha sido instituida a través de la división sexual de lo público y lo privado. De esta manera, se les enseña a las niñas que la calle no les pertenece y que su disfrute solo está supeditado a ciertos lugares o recorridos y a determinadas horas. En esa medida, la seguridad de las mujeres no solo está en la privación o abstención por parte de ellas de habitar plenamente la calle, sino que su seguridad depende de un otro que suele ser un varón.

Al varón, por el contrario, se le ha otorgado el privilegio del espacio público y la calle, como un asunto que recorre el ámbito de lo político, lo simbólico y lo material. Existe la frase popular de *"los hombres son de la calle y las mujeres del hogar"* que recoge parte de las representaciones sexistas que sobre el espacio y la apropiación del mismo se tiene. También la masculinización del espacio público no posibilita un real anonimato en las mujeres en tanto la práctica de acoso sexual las coloca en una constante visibilidad y vulnerabilidad. De esta manera, el espacio público deja de ser habitando con tranquilidad por ellas en tanto implica un peligro (CEDEÑO; 2017), comenzando a ser percibido desde la precaución y la autoprotección.

Es posible que las mujeres eviten al máximo dormir en la calle por su seguridad, ya que se encuentran expuestas a un mayor riesgo de violencia sexual que los varones. Al respecto, son reveladoras las

cifras entregadas por Medicina Legal (2021) sobre los presuntos delitos sexuales donde las mujeres son más del 80% de las víctimas reportadas. Esta prevalencia significativa de mujeres víctimas de violencia sexual también se refleja en las cifras de abuso sexual entregadas por el DANE (2019) para habitantes de calle, donde el 83,87% de las personas que manifestaron el abuso sexual como la razón principal del inicio de la vida en calle, fueron mujeres. Tal vez sea el miedo a la calle la causa más razonable del porque hay tan pocas mujeres en habitanza de calle y no la creencia estereotipada de que a las mujeres se les protege más por ser mujeres, idea que es desvirtuada cuando se aprecia el alto índice de violencia intrafamiliar que sufren al interior de los hogares. Existen mujeres consumidoras de drogas en situación EN calle, pernoctando en hoteles, inquilinatos y "ollas", mientras en el espacio público realizan diferentes actividades informales de subsistencia, situación que no ha sido dimensionada aún en los Censos ni estudios sobre la seguridad de las mujeres. Esta situación de las mujeres

"Las mujeres evitan estar más en la calle que los hombres, quizá porque se sienten más inseguras. [...] yo he atendido a muchos jóvenes que a ellos les da igual, que tienen su casa, pero a ellos no les importa dormir en una acera, en cambio a una mujer sí. Para muchas de las mujeres que yo he atendido, dormir en una acera ya es tocar fondo, es como yo estoy en la calle, pero nadie me ha visto dormir en la calle, yo todo el día trabajo, pero yo pago hotel o pido posada en tal lado, pero yo no quiero dormir en ese sitio porque de noche peligro mucho."

(profesional SHC)



consumidoras de drogas con techo, pero sin hogar, ha sido poco explorada en la ciudad, e invisibiliza un sinnúmero de violencias hacia ellas dejándolas soslayadas al ámbito de lo privado y poco visible. Este miedo de las mujeres a habitar la calle y/o dormir en ella, hace que muchas de las mujeres consumidoras de drogas habitantes DE calle hayan tenido previamente una experiencia de larga trayectoria de estar en situación EN calle, a diferencia de los varones, , lo que les ha posibilitado familiarizarse con un entorno masculino y hostil, adquiriendo las habilidades necesarias para enfrentarlo

"Cuando yo llegue a la calle, no como habitante de calle, sino a la calle, lo primero que me enseñaron fue a robar. A mí me enseñaron en el parque Bolívar, cuando yo fumaba solo marihuanita, a los 16 años, a mí me enseñaron cuatro hombres que era conseguirme lo mío, sin que ningún hijueputa tuviera que llegar a manosearme pa' darme un plon de bareta o regalarme un bareto. A mí me enseñaron de verbo, de manos de tijera y de quieto con una navaja, no con un fierro, con una navaja a que una mujer de 1,50 pudiera robar a un hombre de 1,80" (mujer informante habitante de calle)

En relación a los varones, los mandatos de masculinidad juegan un papel importante como factor precipitante y de predisposición para el abuso del consumo de drogas y la habitancia de calle. Los mandatos de valentía y competitividad afectan la percepción de riesgo de los varones y en ese sentido, suelen ser ellos quienes más cantidad de drogas consumen y más abusan de ellas como lo ha revelado el Estudio de Consumo de drogas en Colombia 2019.

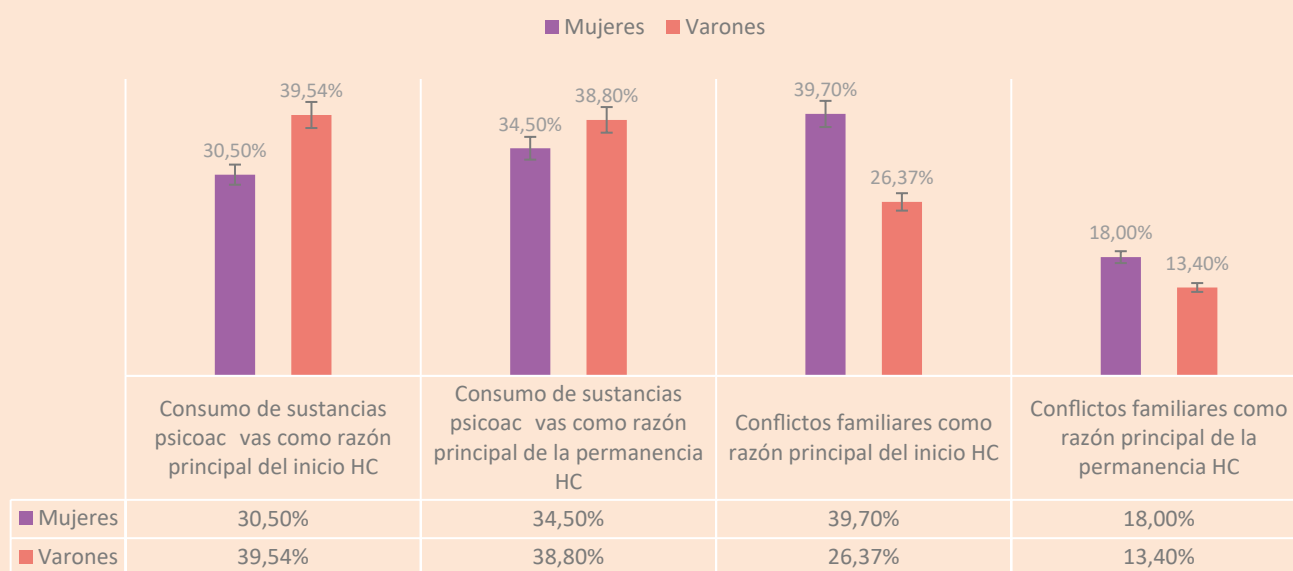
También las exigencias de productividad y autonomía como muestra de hombría, hacen que los varones sean más presionados a enfrentarse a la calle, más aún, si es consumidor de drogas

"Por la mera condición de ser hombres la sociedad nos exige, mijo, ya tiene xy años, se asume que lo está dejando el tren, todavía está embobado con esa pipa, con esa pendejada. Mire que camino va a coger [...] pero aquí no más papito, que es que yo tuve un hombre para que se las coja. Y así como se metió en ese mundo que le gusta tanto, vaya consiga como sostenerlo. [...] A la nena no le van a decir lo mismo, o bueno, dirán que la niña tiene un trastorno. Pero el paradigma de que el hombre en cierta edad y circunstancia de su vida se las tiene que agarrar y amarrarse bien los pantalones para salir a responder por él, por sus hijos y por su esposa, en el caso de nosotros por nuestra esposa que es la droga, sea como sea, y ese sea como sea, incluye la calle." (varón habitante de calle consumidor de heroína)

De igual manera, se asume que "la calle es de los hombres" lo que posibilita la relación temprana de los varones con el espacio público y el aprendizaje de habilidades y destrezas necesarias para afrontarla. Los varones logran acostumbrarse más rápido y sentirse menos inseguros que las mujeres frente a no tener un techo donde dormir, lo que hace que su proceso de inicio de la vida en calle sea más acelerado que en las mujeres

"Los hombres nos sentimos más acostumbrados a los vicios, a la calle, a lo duro de la calle, a lo duro que se venga de la vida, pues, me entiende, a soportarlo todo. En cambio, una mujer no. Una mujer que no quiere vender su cuerpo y dice que esa no es su vida, busca otros recursos. Mientras que nosotros si nos dicen por este volao, por este volao es, porque así somos, sin medir el riesgo vamos es por ahí." (varón habitante de calle consumidor de basuco)

RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SPA Y CONFLICTOS FAMILIARES POR SEXO -MEDELLÍN (DANE-2019)



Elaborado para el diagnóstico. Fuente: DANE- Censo Población Habitante de Calle 2019

EL AMOR ROMÁNTICO Y LA VIOLENCIA DE PAREJA

La violencia de pareja es un factor importante que influye en el inicio de la habitancia en calle en las mujeres. Según el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la violencia de pareja constituyó en el 2021 el 66% de la violencia domestica reportada a esta entidad, de las cuales el 87% de las víctimas fueron mujeres y el 13% varones. La gran prevalencia de este tipo de violencia hacia las mujeres se sostiene en la apropiación del cuerpo de ellas por parte de los varones a través de las relaciones sexo afectivas, por lo que es común escuchar *"ella es mía"*, *"si no está conmigo, no está con nadie"*, *"si me deja la mamá"* que expresan lo que Rita Segato ha llamado como *la dueñidad*: una forma de señorío que se extiende sobre el cuerpo y la vida de las mujeres (Segato; 2018). Fue usual escuchar de las entrevistadas, como de lxs profesionales de los servicios sociosanitarios, relatos sobre diferentes violencias -sexuales, físicas, económicas, psicológicas y emocionales- sufridas por las mujeres en el contexto de sus relaciones sexo afectivas y como esto contribuyó al inicio del consumo de drogas y de la vida en calle

"Mi pareja me ponía a consumir, fue el que me la puso en la boca y me enseñó como hacerlo. [...] Nos iba muy bien hasta que llegamos aquí a Medellín. Todo empezó cuando dejó de llegar y empecé a buscarlo hasta que lo encontré en ese lugar y me la pasaba ahí al lado de él porque no entendía nada de lo que estaba pasando. [...] Luego empezó a encerrarme en

arriendos con candado, me ponía a fumar y me manipulaba, me robaba el dinero y hasta que llegó a golpearme. [...] Lo perdoné y volví a buscarlo. El descenso fue peor. Fueron los peores cinco meses de mi vida porque termine hasta en la calle, me dejo en la calle, no le importaban nada ni nadie. Yo sé que eso es una enfermedad. Pero el peor error es que yo también seguí porque creí que eso iba a ser pasajero, se desinhibe. [...] El tema de la droga es muy fuerte. [...] Aprendí de lo que son capaces de hacer las drogas en un ser humano, completamente otra persona, a la persona que conocí." (mujer migrante, habitante de calle, consumidora de basuco)

Es necesario analizar estas narrativas de violencia de pareja en clave del amor romántico y sus afectaciones para las mujeres, ya que éste determina el modo de relacionamiento erótico-afectivo entre las personas. El amor romántico es un conjunto de creencias construidas y compartidas socialmente sobre el amor, el cual articula una serie de mitos* que dan sentido y ordenan una forma íntima del poder que le otorga privilegios simbólicos y materiales a los varones, concediéndoles una ventaja social sobre las mujeres, bajo la idea del "amor verdadero". En la idea del amor romántico el varón y la mujer, cada uno, es la mitad de una unidad, almas gemelas complementarias que en su encuentro se constituyen en un todo y se refuerza a partir de la diferenciación de los roles de género que, a su vez, producen relaciones de dependencia. Es importante señalar que en las relaciones erótico-afectivas donde el abuso de drogas está presente en lxs dos o en algunx, se suelen solapar las violencias de género atribuyéndoselas al consumo de drogas. En esta medida, no se cuestiona la violencia de género,

* Algunos mitos del amor romántico son el emparejamiento, la exclusividad, la fidelidad, la monogamia, la media naranja, el amor todo lo puede, el matrimonio, entre otros.

sino que se pone como consecuencia del consumo de drogas, considerando equívocamente que sí éste desaparece la violencia de género también lo hará.

En los varones, la experiencia del amor y de las relaciones erótico-afectivas están atravesadas por la violencia de género. En ellas no es central el deseo libidinoso, aunque esté presente, sino el ejercicio de dueñidad. En ese sentido, los varones suelen asociar la violencia de género exclusivamente a las agresiones físicas, considerando muchos de los varones entrevistados, que el control sobre la vida de sus compañeras -vestido, personas, tiempo, lugares, pasatiempos, dinero- hace parte de una potestad, un "derecho", que ellos tienen sobre las mujeres dentro de las relaciones románticas. A diferencia de las mujeres para quienes la ruptura de una relación violenta constituye una ganancia para su vida, en algunos de los varones entrevistados, las rupturas de las relaciones erótico-afectivas, así estas no hubiesen sido violentas, han sido un desencadenante tanto para el consumo de drogas como para la habitanza en calle. En ello están involucrados, por un lado, una ruptura de la dueñidad del varón sobre la mujer, que hace vulnerable al hombre al poner en entredicho una masculinidad frágil y, por otro lado, la forma como a los varones se les ha enseñado a gestionar sus emociones, más aún, cuando son displacenteras. La violencia, el consumo de drogas, el silencio y el sexo, son algunas de las estrategias de afrontamiento que han ido incorporado los varones en su socialización, para responder a las frustraciones y pérdidas. También es importante señalar que, la feminización de las prácticas del cuidado ha ocasionado que los varones no desarrollen el cuidado de sí y de otrxs por lo que en momentos de sufrimiento no suelen consultar los servicios de un especialista o de amigxs para hablar de lo que sienten, tendiendo más bien, a desarrollar episodios de abuso de drogas, sexo, trabajo y otros comportamientos

"Las causas fueron violencia intrafamiliar y falta de autocontrol y despecho. Me dejó la novia, yo la quería mucho y me tire al dolor. Yo mismo tome la decisión, compre la marihuana y desde ahí me quedo gustando. [...] Yo tenía 17 años" (varón habitante de calle consumidor de basuco)

"En las entrevistas que uno hace, son los hombres los que comentan es que mi mujer me dejó y no pude, por eso es que me dediqué al licor o a las drogas, es que se me murió mi mamá y no pude y así, duelos sin resolver, mi familia me abandono. Pero son más varones los que dicen eso." (Trabajadoras Social SHC)

MATERNIDAD NO DESEADA

Otro aspecto determinante que está relacionado con el inicio de la vida en calle para algunas mujeres es la maternidad no deseada, producto de embarazos no planeados y que no lograron ser interrumpidos habiéndolo deseado, por distintas razones como la moral judeocristiana, los estereotipos de género, la persuasión de otra persona de no hacerlo, así como suponer que el aborto es un delito o es un acto repudiable. Estos embarazos han sucedido en un momento de la vida de las mujeres donde ya han experimentado con el consumo de drogas, en edades tempranas entre los 13 y 20 años de edad y viviendo en la casa materna y/o paterna. Bajo ese contexto, se ha incentivado a las mujeres a continuar con el embarazo como una motivación para el cambio de vida, en el entendido de que la maternidad dará sentido a la existencia de las mujeres y que, en el caso particular de ellas, dejaran las drogas. Esto por cuanto los estereotipos de maternidad implican para las mujeres el sacrificio de los placeres y proyectos personales para dedicarse al cuidado de sus hijxs. En ese sentido, el consumo de drogas no logra conciliarse, por más que este sea funcional, con las representaciones de la maternidad y el cuidado, es decir, las mujeres deben decidir entre consumir drogas o tener la custodia y cuidado de sus hijxs. La mayoría de estas mujeres que no han deseado matenar, tampoco han contado con el acompañamiento de una paternidad corresponsable con la crianza y la manutención de sus hijxs, recayendo sobre ellas y sus cuidadores (papá, mamá, abuela), toda la obligación económica y afectiva de lxs hijxs. Esto influye negativamente en la salud mental de las mujeres en tanto experimentan la maternidad como una responsabilidad impuesta que les genera frustración e insatisfacción permanente y que rivaliza con su proyecto de vida

"Dentro de todas las cosas que había en mí, era que mi sueño y mi anhelo nunca fue ser madre. [...] Quede llena de estrías, toda gorda, cuando yo apenas pesaba 50 kilos y quede en 88. [...] Yo le dejé mi hija a mi papá y a mi mamá porque ellos no me la dejaron abortar. [...] Yo me volví habitante de calle huyéndole a la responsabilidad de ser madre, porque para mí, mi hija en ese momento, frustró mi juventud y frustró muchas cosas y me frustró como mujer. Por eso en ese momento lo que yo decidí fue huirle a esa responsabilidad de ser madre y de ser hija al mismo tiempo, porque tus padres siempre te van a recalcar que la niña necesita pañales y que esto y lo otro. Yo a la niña no la quería, pero ella tampoco me quería a mí, ni ella me quería tocar ni yo tampoco, ni ella me soportaba ni yo a ella, tristemente fue así." (mujer habitante de calle consumidora de basuco)



CONFLICTOS CON GRUPOS ILEGALES

En el inicio de la vida en calle de un varón consumidor de drogas también puede ser determinante los conflictos con actores armados ilegales que poseen el control del territorio en los barrios y han impuesto normas de convivencia que abarcan el tipo de drogas que pueden circular y consumir allí. Es así como en algunas comunas y sectores está prohibido, por orden de los grupos ilegales que manejan el microtráfico, el consumo de basuco, ruedas, heroína y pegante en espacio público, acarreando su incumplimiento desde la amenaza, el maltrato físico, la multa económica, el desplazamiento forzado intraurbano, hasta la muerte. También algunos de ellos han tenido dificultades con las bandas criminales en sus barrios por haber cometido hurtos o estar denunciados por violencia doméstica. Esta imposibilidad de retornar al barrio, el cual se configura como la comunidad más próxima que brinda soporte a quienes viven en ella, unido a otros factores como las barreras de acceso a la empleabilidad y capacitación, la pobreza y el abuso de drogas, se convierten en un determinante para la permanencia de un varón en habitanza de calle

"Según experiencias vividas pues, hablando a nivel personal, una de las causas que proporcionaron, que fueron fundamental para que yo ingresara a esa vida; aunque uno no lo obligan, ¿cierto?, pero si influye mucho, poco acompañamiento familiar, el problema en los barrios con las bandas, a mí ya me tocó irme del barrio, yo no tenía trabajo, ya me tocó meterme a un combito; empecé a trabajar, y es como así, la poca información que uno pueda tener en esos tiempos donde uno va a llegar a meterse a ese mundo, porque uno llega con los ojos totalmente vendados. Yo, por ejemplo, yo fui uno que yo, por problemas familiares, por problemas de bandas me tiré al centro empecé trabajando por allá en un bar, cuando ya se me acabo el trabajo, ya con conocidos que había conseguido, ya era que no íbamos a robar, ¿si me entiende? Entonces siempre, siempre el mayor de los tiempos es nosotros los hombres, o a nosotros generalmente el hombre se dedica a robar, a meterse a las bandas, a extorsionar, a todo; en cambio la mujer es más apoyada, hablando entre comillas" (varón habitante de calle consumidor de basuco)

"Al menos en mi caso, ¡hum! circunstancias, circunstancias, yo no soy de los que voy por ahí acostándome en una acera, que porque si ... ¡No, la chimba!, ¿que yo no voy a pagar un hotel y con la plata en el bolsillo?, no. Circunstancias, ya situaciones de la vida, en algún momento uno no cree, pero de pronto la droga que uno consumió, le cogió ventaja. Por algunas circunstancias usted no pudo volver al barrio en el que usted nació y se crio, porque hizo bien, porque hizo mal, lo cierto del caso, es que usted sabe que hay cosas que pasan y uno no puede volver por allá, o uno se acostumbró a vivir en este ámbito del centro." (varón habitante de calle consumidor de cocaína y alcohol)

En este punto, es posible considerar las violencias basadas en género, los mandatos de masculinidad hegemónica, la maternidad no deseada y el amor romántico como factores de riesgo de género para la habitanza en calle y el abuso de drogas, que deben ser tenidos en cuenta en las estrategias y acciones de intervención psicosocial y sociosanitarias dirigidas a prevenir la ocurrencia de estos fenómenos.

RESUMEN DE FACTORES ASOCIADOS AL INICIO DE LA VIDA EN CALLE

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
En algunas mujeres la maternidad no deseada es un factor de riesgo para adoptar la vida en calle	<p>Promover el uso de métodos modernos de anticoncepción e informar sobre las rutas de acceso</p> <p>Des estigmatizar la interrupción voluntaria del embarazo (IVE)</p> <p>Brindar información sobre la IVE como un derecho y las rutas de acceso, así como otros métodos como la adopción en aquellas mujeres que quieren seguir con la gestación, pero no desean maternar</p> <p>Distribución de preservativos</p>
La violencia de pareja es un factor de riesgo para el inicio de la vida en calle y/o consumo de drogas en las mujeres	<p>Sensibilizar a las mujeres HCSPA sobre las violencias basadas en género, haciendo énfasis en las violencias de pareja y su relación con el amor romántico</p>
Los mandatos de masculinidad son un factor de riesgo para el inicio y la permanencia de la habitanza en calle y/o consumo de drogas en los varones	<p>Sensibilizar a los varones HCSPA sobre las masculinidades no patriarcales</p>
Para muchos varones entrevistados, las rupturas de las relaciones erótico-afectivas enmarcadas en las violencias basadas en género, han sido un desencadenante tanto para el consumo de drogas como para la habitanza en calle	<p>Sensibilizar a los varones HCSPA sobre las violencias basadas en género, haciendo énfasis en las violencias de pareja y su relación con el amor romántico</p>
El inicio de la vida en calle de un varón consumidor de drogas también se da como consecuencia de conflictos con actores armados.	<p>Gestionar conocimiento sobre la situación de seguridad y violencia de los varones HCSPA</p> <p>Generar articulación con los programas de la Alcaldía que abordan el tema del consumo de drogas en las diferentes comunas de la ciudad, con la finalidad de realizar actividades dirigidas a la des estigmatización de los consumidores de drogas y su inclusión social en el territorio que habitan, con el fin de prevenir la habitanza de calle en los varones por razón del consumo de drogas.</p>



ACTIVIDADES DE SATISFACCIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS Y DE SUBSISTENCIA

Las personas habitantes de calle consumidoras de drogas realizan distintas actividades para satisfacer sus necesidades básicas, en las que se incluye el consumo de drogas. Estas actividades de subsistencia suelen aparecer diferenciadas a partir de la necesidad a satisfacer y el género.

Las necesidades de alimentación, higiene y salud suelen saciarse en su gran mayoría a través de la oferta institucional y de las organizaciones sociales. También, se cubre la alimentación mediante la mendicidad y la ingesta de desperdicios de comida; el aseo personal, como bañarse o lavar la ropa, se realiza en las fuentes de agua no potable cercanas a los sitios donde permanecen. Al no existir en la actualidad baterías de baños móviles, o muy pocas, ubicadas en los lugares de mayor concentración de la población y por fuera de la estructura institucional del Sistema Habitante de Calle, las personas realizan las necesidades fisiológicas en la calle, convirtiéndose en un tema de salud pública.

Para la mayoría de las personas entrevistadas, las mujeres tienen más facilidad de adquirir dinero en la calle que los varones, con lo cual fue usual escuchar lo siguientes comentarios

"Como estamos en un sistema machista es mucho fácil que a una mujer pueda galárselo un poquito de comida que, a un hombre, en el momento de pedirla. Porque a la mujer no solo se le ve como una mujer guerrera, sino que la gente, uy mamacita, venga bebe, ¿si me entiende? [...]" (varón habitante de calle consumidor de heroína.)

"Es que para una mujer es mucho más fácil conseguirse el billete, la tiene más fácil donde quedarse, pagarse un arriendo, la mujer consigue más fácil la plata. Una mujer etaca más fácil plata que el hombre" (varón habitante de calle consumidor de basuco)

"Vulgarmente hay que decirlo, nosotros estamos sentados en la redondita y ellas están sentadas en la plata. Mientras uno se conspira por decir 10 mil, ellas se hacen 70 u 80 mil sin moverse, sin salir y sin matarse tanto. Usted se los consigue, pero usted tiene que tallarse más, e irse más lejos, mientras que ellas no son sino voltear a la media cuadra y ahí tiene el almuerzo, si usted no tiene para el almuerzo, paila, ella se sienta y por su linda cara, por un besito, un viejito hay mismo la sienta y le da almuerzo. Vaya a que un viejito lo siente a usted." (varón habitante de calle consumidor de basuco)

"Estaba hablando con Isabel y me dice: profe es que para mí es mucho más fácil conseguir la plata, entonces yo soy la que pago la pieza. De hecho, le paga la pieza a Juan Esteban y a Andrés, ¿si me hago entender?, Ella es con dulces, se mantiene vendiendo dulces, entonces ahí es cuando yo digo, para uno es mucho más fácil, ni siquiera tengo que ir a pedírselo a nadie, yo le digo venga me regala quinientos y uno hace ojitos y ya, ¿si me hago entender?, es así de fácil, para una mujer es mucho más fácil no llegar a esa habitancia de calle que para un hombre." (profesional psicosocial SHC)

En un primer momento es paradójico esta apreciación de que a las mujeres les es más fácil la subsistencia en la calle cuando se considera la masculinización del espacio público y la marginalización de las mujeres del

mismo. Sin embargo, es importante señalar algunos aspectos que podrían profundizarse con estudios posteriores con el fin de aclarar esta paradoja. Una de las primeras cosas que llaman la atención es que son principalmente los varones entrevistados quienes indicaron la facilidad que tienen las mujeres para acceder al dinero y a las drogas, evidenciando allí, que lo que señalan los varones como “facilidad” está estrechamente relacionado con la objetivación de las mujeres, en el entendido, de que una mujer la tiene “más fácil” en la calle siempre y cuando permita ser sexualizada y accedida por los varones. Otro aspecto a considerar, es el tipo de labor que realizan las mujeres y la cantidad de remuneración que reciben por ellas, que sería importante establecer. Según las cifras del DANE (2019), el 40,5% de la población habitante de calle de Medellín genera ingresos a través del reciclaje, actividad que realizan el 29% de las mujeres y el 45,7% de los varones. El reciclaje no solo proporciona una cantidad considerable de empleo informal lícito en esta población, sino que, a su vez, es una de las actividades más lucrativas de las realizadas por las personas habitantes de calle. Así lo relata uno de los varones entrevistados

“Un pastor me tiro la ropa a la calle en el kilómetro 22 vía Buenaventura, llegué hasta Buenaventura y me devolví hasta Cali reciclando, y fue tan rentable, que a partir de ahí cogí el costal oficialmente. Desde ese cerro hasta Cali fueron 16 kilos de pasta y 1 kilo de aluminio, yo sin saber y llegue con lo de las trabas a Cali, casi desde Buenaventura. Entonces ¿qué?, desocupé la ropa y cogí el costal” (varón habitante de calle consumidor de basuco)

Algunos entrevistados confirmaron la poca cantidad de mujeres que se dedican al reciclaje, llamando la atención sobre el hecho de que las mujeres que lo realizan, lo hacen casi siempre en concomitancia con un varón que por lo general es su compañero sentimental.

Una de las actividades de subsistencia que más realizan las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas es el trabajo sexual. Al respecto es importante señalar algunos asuntos relacionados con el tema. En Colombia está reconocido el trabajo sexual como trabajo por la Corte Constitucional, quien ha exhortado, en distintos momentos al Ministerio del Trabajo y al Congreso de la República para que a través de sus competencias regule el trabajo sexual con el fin de garantizar los derechos de las personas que lo realizan (SU062/19, T-629/10, T-736/15). El tema resulta controversial, incluso dentro del feminismo, cuando se considera que la prostitución es un mercado principalmente masculino en el que las mujeres no han tenido mucha agencia. Sin embargo, como han reconocido las organizaciones sociales que abogan por la regulación del trabajo sexual en el país,

“El trabajo sexual no es lo mismo que la trata de personas o la explotación sexual. Pensar que es lo mismo, es criminalizar el trabajo sexual, el cual no es un delito, y no reconocer el lugar que desempeña esta actividad en la autonomía económica de muchas personas. Es precisamente la falta de una regulación y la criminalización del trabajo sexual la que expone a las personas que lo ejercemos y a nuestrxs clientes a múltiples violencias que vulneran nuestros derechos. NO REGULAR el trabajo sexual solo le conviene a los proxenetas y a quienes nos han despojado de la riqueza de nuestro trabajo. [...]” (Comunicado Red Popular Trans, 11 de marzo de 2022).

Como se señaló anteriormente, muchas mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas ejercen el trabajo sexual como la principal actividad de subsistencia. Esta alta prevalencia de mujeres habitantes de calle trabajadoras sexuales está relacionada con el alto número de varones

habitantes de calle (85,18%)* que se identifican como heterosexuales (92,5%)** y quienes son los mayores consumidores de prostitución femenina. También es importante señalar el efecto del basuco, droga de mayor impacto en esta población (52,7%***, sobre la sexualidad y el aumento de la libido, lo que hace que las personas se sientan más dispuestas a tener sexo (Rodríguez-Jiménez, et., 2006).

Las condiciones en que se realiza el trabajo sexual por parte de las mujeres (cis y trans) habitantes de calle consumidoras de drogas, las expone a grandes riesgos de violencia y problemas de salud. Los espacios públicos insalubres en los que se llevan a cabo las prácticas sexuales, la poca disponibilidad de métodos de barrera, la dificultad en el acceso a agua potable, el estado de necesidad (craving) producto del consumo dependiente de drogas, así como la idea de que las mujeres, especialmente aquellas que se encuentran en el espacio público, son un objeto de apropiación por parte de los varones, son variables que influyen en los diferentes riesgos a los que se exponen las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas, que ejercen el trabajo sexual.

El trabajo sexual es ejercido en un menor grado por los varones habitantes de calle consumidores de drogas, en razón de que el mercado sexual en la habitanza de calle es principalmente masculino y heterosexual. Al igual que en las mujeres, en los varones, los clientes sexuales son otros varones consumidores de droga que no siempre están en una condición de habitanza en calle. Es común escuchar que debe existir una correspondencia en el trabajo sexual entre la orientación sexual de quienes ejercen el trabajo sexual y el género de sus clientes, es decir que, si una persona es heterosexual, sus clientes solo serán del género contrario al suyo. Esto no resulta cierto en el trabajo sexual y en esa medida muchos varones y mujeres que lo ejercen tienen sexo con

* Censo Habitante de Calle. Colombia 2019. Datos entregados por el DANE para Medellín.

** Ibídem

*** Ibídem

personas de su mismo género, solo en el contexto de un intercambio económico, sin que por eso se autoperciban o reconozcan como homosexuales

"Por el lado que yo me muevo, es al revés, se ve la prostitución, pero con los viejitos, ¿no? Esos viejitos, buscando el pasivo, el activo, o el versátil. Entonces todos esos viejitos son consumidores, les gusta la basuquita, entonces el simple hecho del compañero que le guste la sustancia, por seguir soplando, que va, ¡viejo! mamámelo, que yo también se los armo, se los taqueo, pero, más de una vez lo hacemos por nuestras ansiedades, ¿no? Por disfrutar nuestra droga, si, entonces llegamos al límite, al límite de vender nuestro cuerpo por el consumo. Y no, está la noche y está el día, más de uno que recicla en el día, pero hay otros que no somos capaz con eso, yo prefiero cogerle el pescuezo, llevarme al viejito, enrédalo, involúcralo." (varón habitante de calle consumidor de basuco)

Aunque muchas mujeres y varones estén dispuestos a intercambiar sexo por drogas, la demanda es selectiva, jugando a favor o en contra el aspecto físico y la edad. Lo que quiere decir, que entre más adulta sea la persona y su aspecto se vea más deteriorado por el consumo de drogas o alguna enfermedad, menos posibilidades tendrá de acceder a la demanda del mercado sexual. Esto implica unas acciones de autocuidado mínimas para verse "saludable", y una edad "joven" para ser apetecible o como lo señalo un varón ex - habitante de calle consumidor de basuco "Si esta joven y bonita, ¿si me entiende?, joven y bonita, entonces mientras esta así, tiene la fachada, puede salir a consumir, porque tiene quien le dé, eso sí se lo garantizo".

El microtráfico brinda varias de las actividades

económicas que pueden desempeñar las personas habitantes de calle consumidoras de drogas. Sin embargo, existen actividades que las mujeres no pueden realizar bajo consideraciones estereotipadas de que ellas no son aptas para ciertas labores, por más que se reconozcan sus habilidades para desempeñar la función, y se les atribuyan a ellas las cualidades de fuerte, agresivo, sagaz que suelen ser asignadas a la masculinidad.

En las "plazas de vicio" a cielo abierto, las actividades que se encuentran restringidas a las mujeres son las del *ninja*, que desempeña la función de brindar seguridad a las distintas "plazas" que venden drogas en el sector del Bronx, y la de *campanero*, que cumple la labor de alertar sobre los movimientos en la zona que pueden poner en riesgo la seguridad del tráfico ilícito de drogas. Ésta última actividad es realizada principalmente por varones y mujeres Trans quienes son estimadas para esta labor al asociarlas a la masculinidad.

Por el contrario, la labor de mula, que son las personas que llevan sobre sí las drogas para reducir el riesgo de incautación de las sustancias y de la captura de los responsables, es una actividad ofrecida principalmente a las mujeres, asociado a la idea de que las mujeres pasan más desapercibidas frente a la policía que los varones, por consiguiente, es menos probable que las detenga y requisen. Algunos entrevistados señalaron que esta actividad ilícita no siempre es elegida voluntariamente por las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas a quienes, bajo la amenaza de daño físico, se les obliga a realizar esta actividad. Esta labor y la del "jibaro", expendedor de drogas, son las casuales de mayor ingreso a la cárcel de las mujeres habitantes de calle consumidoras de SPA que reportaron las entrevistadas pospenadas, correspondiendo con lo que han señalado distintos estudios que, una parte considerable del encarcelamiento de las mujeres se da por su participación como eslabón débil del mercado de drogas (Dejusticia, 2016). El consumo dependiente de una o varias drogas y la habitanza de calle son factores que ubican a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad que es útil a las organizaciones criminales.

En el contexto del consumo de drogas y la habitanza en calle existe otra actividad de subsistencia que es el arriendo de la parafernalia "*candela, pipa y ceniza*" a otros consumidores de basuco. Esta es una actividad que reportan realizar varias de las mujeres entrevistadas, las cuales también se dedican a la construcción de pipas con material reciclado y a la venta de pipazos, que son pequeñas dosis de basuco ya preparadas. Este tipo de actividades de préstamos y arriendo de pipas que implica compartir parafernalia afecta la salud de los consumidores en tanto se convierte en un vector de transmisión de infecciones y enfermedades.

Otras actividades de subsistencia menos frecuentes que reportaron las mujeres entrevistadas fue la venta del cabello para la elaboración de pelucas y extensiones de pelo, mercado que tiene una alta demanda en la ciudad. Esta actividad que ha sido realizada tanto por hombres como por mujeres cis no fue reportada para las mujeres Trans. El que las mujeres Trans no vendan su cabello o no lo hagan tan recurrentemente como las personas cis, puede corresponder con el hecho de que la construcción social de la feminidad marca un estereotipo del cabello largo para identificar a las mujeres y en ese sentido, las mujeres trans, más aún si no han intervenido sus cuerpos hormonal y quirúrgicamente, ponga en estos elementos estéticos -cabello, maquillaje, prendas, etc.- una mayor intención y sentido que las mujeres cis.



ACTIVIDADES DE SUBSISTENCIA QUE REPORTAN LAS PERSONAS HABITANTES DE CALLE ENTREVISTADAS DE ACUERDO AL GÉNERO

VARONES CIS	MUJERES CIS	MUJERES TRANS
<ul style="list-style-type: none"> • Prostitución • Microtráfico • Retaque • Reciclaje • Venta de confites • Hurto • Venta de Ropa • Lavar carros o vidrios, cuidar carros • Realizar mandados • Elaborar y vender pipas • Ollas y/o plazas brindar protección- • Vender el cabello • Alquilar el cambuche para tener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostitución • Microtráfico • Retaque • Reciclaje • Venta de confites • Hurto • Lavar Ropa • Hacer comida • Hacer mandados • Elaborar y vender pipas • Vender "pipa, candela ceniza" • Ollas –brindar compañía- • Aseo • Vender el cabello • Alquilar el cambuche para tener relaciones sexuales 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostitución • Microtráfico • Aseo • Venta de confites • Hurto • Chaza

Aunque existen múltiples actividades de subsistencia que realizan las personas habitantes de calle consumidoras de drogas -retaque, mendicidad, limpiar vidrios, hacer mandados, elaborar comida, etc.-, éstas suelen ser remuneradas con droga o mal pagas, afectando su autonomía económica, en tanto limita la libertad de gasto e inversión de la ganancia percibida, valiéndose quien demanda sus servicios de una situación de necesidad que, en vez de mitigarla, la aumenta.

La estigmatización social que existe sobre las personas habitantes de calle consumidoras de drogas que las asocia con el hurto, la enfermedad y la poca funcionalidad social, genera barreras de acceso a otras actividades económicas de baja cualificación que podrían desempeñar, solo accediendo a ellas, una pequeña proporción de las personas ex habitantes de calle, ex consumidoras de drogas, que realizaron algún proceso de resocialización. De igual modo, aunque existe la asociación de recicladores/as de

Antioquia ARRECICLAR, ésta no está cercana a las personas habitantes de calle consumidoras de drogas para asociarlas económicamente y solidariamente a partir de una actividad bastante lucrativa e importante como es el reciclaje, y que mejore la calidad de vida de quienes realizan el oficio. Esto a pesar de existir en el Plan Estratégico de la Política Pública, en el componente de *Trabajo Digno* la línea de acción de *"Apoyo para la formalización de recicladores a través de procesos educativos e invitación a la asociación en las organizaciones de recicladores existentes en la ciudad."* (PEPPHC, 2017-2025)

Por otro lado, es importante tener presente las afectaciones de los estereotipos de género sobre la autonomía económica y la seguridad de las mujeres y los varones habitantes de calle. La consideración que son las mujeres quienes están más aptas para las actividades relacionadas con el cuidado, por un lado, delega en ellas todas las actividades de cuidado no remuneradas dentro de un hogar y/o relación

romántica, asociándolas al amor, disminuyendo el tiempo de dedicación a otras actividades recreativas, creativas y/o remuneradas. Por otro lado, y en relación a los varones, el no realizar estas actividades por no considerarlas masculinas o propias de los varones, disminuye la posibilidad de acceso en ellos a actividades de subsistencia más seguras como son aquellas que han sido relacionadas con la economía del cuidado -lavar, cocinar, asear, etc., y que tiene una amplia oferta dentro de las actividades informales remuneradas (restaurantes, oficios varios e incluso en las denominadas ollas).

“El tema generó mucho menos resistencia que el de las violencias. Hubo consensos generales sobre la existencia de unos trabajos en casa, que efectivamente no son remunerados y que históricamente han realizado las mujeres y que hay una deuda de parte nuestra [los varones] para generar escenarios de equidad. Aunque hubo consenso, si señalaban que el lugar de las mujeres era estar en la cocina o que tenían más habilidades para el cuidado de niños, niñas y personas adultas mayores o con alguna discapacidad.”
(profesional secretaria de las mujeres)

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
Pocas mujeres se dedican al reciclaje, y quienes lo realizan, casi siempre lo hacen en concomitancia con un varón que por lo general es su compañero sentimental	Promover que más mujeres adopten el reciclaje como principal actividad de subsistencia Promover la juntaza asociativa entre mujeres para la realización y comercialización del reciclaje.
El trabajo sexual, es una de las actividades que más realizan las mujeres HCSPA, y las expone tanto a violencias como a riesgo de contagio de ITS e infecciones.	Promover actividades de subsistencia diferentes al trabajo sexual en las mujeres HCSPA a través de ofertas y becas de emprendimiento
El microtráfico brinda varias de las actividades que desempeñan las personas habitantes de calle consumidoras de drogas, porque su condición de vulnerabilidad le es provechoso a las organizaciones criminales. Estos delitos son frecuentes entre la población de mujeres y varones y una de las mayores causas de prisión.	Promover el acceso a otras actividades económicas de subsistencia legales Formación para el trabajo Formación en artes y oficios



HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
La actividad de subsistencia de arriendo de la parafernalia " <i>candela, pipa y ceniza</i> " a otrxs consumidores de basuco es un factor de riesgo para la transmisión de infecciones entre usuarixs.	Desincentivar la actividad de préstamo y/o arriendo de parafernalia
Las actividades que realizan las personas habitantes de calle consumidoras de SPA suelen ser remuneradas con droga o mal pagas	Empoderar a las personas HCSPA sobre la autonomía económica y el trabajo digno
Los estereotipos de género sobre las labores domésticas y de cuidado afectan a mujeres y varones HCSPA. Por un lado, delega en las mujeres todas las tareas del hogar en las relaciones afectivas diezmando el tiempo que puede dedicar a otras labores de esparcimiento, descanso y creatividad. Por otro lado, en los varones se ve diezmada su autonomía en tanto se des responsabiliza de hacerse cargo de sí. También estas labores domésticas son demandadas por restaurantes, ollas, etc., que puede ayudar a generar ingresos a los varones a través de labores más seguras.	Sensibilizar a las personas HCSPA sobre economía del cuidado y la división sexual del trabajo



VIOLENCIAS Y RIESGOS

Tanto mujeres como varones son vulnerables en el contexto de la habitanza en calle y el consumo de drogas, confluyendo en ellxs una serie de estigmatizaciones sociales que los excluye y marginaliza del espacio físico, las relaciones cercanas y el trato digno. Ellxs representan en una sociedad como la nuestra, lo contrario a la idea de ciudadanx civilizado que tiende a la asepsia, la templanza y la laboriosidad, y en esa medida, educan nuestras emociones para sentir asco y repugnancia por todo aquello que no es limpio, ordenado y productivo.

En el contexto de calle y el consumo de drogas existen vulnerabilidades específicas para varones y mujeres. En relación a las mujeres, existen un mayor riesgo de violencia sexual en el espacio público, a diferencia de los varones, por lo que las entrevistadas señalaron que “no tener un techo donde dormir”, “estar muy drogada” o “consumir con un hombre” son factores para la ocurrencia de dicha violencia.

Suele suceder en el contexto del consumo, que cuando un varón “invita” a una mujer a intoxicarse se establece un contrato implícito, casi siempre unilateral, en el cual el varón presupone que la mujer le retribuirá con sexo. El incumplimiento de ese contrato acarrea para las mujeres la violencia hacia ellas, en tanto el varón se siente engañado. Así lo relata una de las entrevistadas

“Para mí una parte que haiga corrido mucho, demasiado peligro, que me ponga a fumar con un hombre y después no le de lo que él quiere. Ahh! me fumaste piroba, entonces te voy a matar gonorrhea. Un día, uno me pego mera cascada y me iba a dar machete, porque me lo fumé y no le di nada.” (mujer habitante de calle consumidora de basuco)

De igual manera, las mujeres en el ejercicio de la prostitución y las relaciones de pareja se ven expuestas a múltiples violencias, en las que se incluyen las sexuales. En relación a la prostitución, es importante ahondar en las vulnerabilidades que generan las condiciones en las cuales las mujeres habitantes de calle ejercen esta actividad y las afectaciones que el consumo dependiente de drogas tiene sobre la capacidad de negociación y agenciamiento de las mujeres. Esto por cuanto las mujeres consumidoras de drogas habitantes de calle no suelen recibir remuneración económica, sino droga, por sus servicios sexuales. Esta situación no solo diezma la autonomía económica de las mujeres sino agrava su dependencia a las drogas. La inmediatez y efectividad con que las mujeres pueden obtener las drogas a través del sexo hace que consuman mucho más, al permanecer más tiempo en los espacios de consumo a diferencia de los varones quienes deben desplazarse hacia otras zonas para gestionar los recursos económicos, estableciendo un tiempo fuera en el consumo. Esta situación afecta de manera considerable la salud física y mental de las mujeres consumidoras de drogas de quienes se reporta un mayor deterioro físico



"Aquí hubo una usuaria, ella ya murió. Ella quedó con un problema de columna. Yo le pregunte si había tenido un accidente y me dijo que no. La mayoría de las mujeres se agachan así [en cuclillas], se quedó diez días en esa posición consumiendo y no fue capaz de pararse de ahí. Ya cuando la pararon, que ella sintió la necesidad, porque ahí hacia todo, cuando ya la pararon de ahí, ella ya quedo con problemas de columna, ella andaba con un caminador. Estuvo invalida, hizo fisioterapia y quedo con caminador, no pudo recuperar totalmente la movilidad de las extremidades inferiores. Ella me decía, yo tenía una plata, pero ella, como por su físico atraía, entonces ella decía yo ahí se lo mamaba al que fuera y ahí le llegaba todo. Así fue que se quedó todo ese tiempo" (educadora SHC)

"Por ejemplo, a las ollas iba una pareja, un hombre y una mujer. Cuando llegaban allá a él se le acababa los 100 o 200 mil pesos, depositaba a la mujer. Le toco a XXX ir a rescatarlas [...] Las sacaban porque de allá no había más que hacerle a esa mujer [...] ya a lo último las violaban con artefactos y palos, y ese hombre no la iba a buscar. Entonces la mujer tiene como siempre una desventaja, porque fuera de que tienen esa dependencia a la droga tienen una dependencia también por el afecto de la pareja, entonces siempre se deja como dominar de esa otra persona, la mandan, la prostituye, vayan consigan" (Educadora, SHC)

La prostitución forzada, que es la coerción por parte de un tercero para que una persona realice actos sexuales, ha sido reportada por distintos actores en el diagnóstico como una situación recurrente y naturalizada para las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas, que tiene distintos matices. Una, son las deudas por drogas en las que se obliga a las mujeres a tener relaciones sexuales con distintos varones bajo la amenaza de matarlas, y donde la intimidación se acompaña de un suministro permanente de drogas por parte de quienes ejercen la coacción, que agudiza en las mujeres su dependencia a las drogas. También la mujer se ve obligada a pagar con sexo, cuando quien adquiere la deuda es su compañero sentimental el cual salda la deuda negociando a su compañera con el expendedor de drogas (jíbaros), casi siempre varones

El amor romántico y el mandato de dueñidad juegan un papel importante en los riesgos y violencias que acaecen a las mujeres. En ese sentido, no puede comprenderse la situación antes descrita, exclusivamente a partir de la idea del debilitamiento de la voluntad e ingobernabilidad ocasionada por el consumo dependiente de drogas, sino que, es importante analizar en ello, la significación que del amor en las relaciones erótico-afectivas tienen las mujeres en el contexto de habitanza en calle, y la consideración por parte de los varones, de señorío sobre la vida y el cuerpo de las mujeres. El que una mujer manifieste haber decidido, por droga o por amor, acceder a tener relaciones sexuales sin desearlo, sino impulsada por una necesidad de consumo o ser amada, pone en evidencia el grado de vulnerabilidad de las mujeres y lo ineficaz que puede llegar a ser la activación de una ruta como el código fucsia.

"Ella me verbaliza y me abraza y me dice ma', regáleme cinco mil pesitos para yo comprar unos dulces, ir a ver que me hago para ver cómo le pago una deuda a XXX. Resulta que XXX, el día antes, en el parque que queda al lado de la Macarena, esa canaliza por donde pasa el agua, eso es una olla por ahí debajo. Eso tiene que ver con el Naranjal. Resulta que ellxs duermen en una parte del puente de ahí de San Juan, todavía de lo que tiene que ver con Barrio Triste, pero XXX se fue a consumir al lado de allá. Entonces ella se fue a buscar a XXX, y resulta disque XXX debe 90 mil pesos. Entonces cuando ella llega a buscar a XXX a él lo van a tirar a atarbanear en ese momento, ella dice que no lo vayan a aporrear, que no le hagan nada, y que le den un tiempesito que ella llame a la abuela para ver que se puede hacer, si la abuela le manda plata. Ellos necesitan plata en el momento. Entonces lo que le dicen a XXX es -listo, no lo aporreamos guevón, pero ahí nos comenzamos a cobramos con ella, y XXX les dice que sí y ella les dice que sí también. Ella se prestó a pagar parte de la deuda con el cuerpo de ella. Ella me dice profe, yo no fui violada, ellos cuatro utilizaron preservativo, sino que había uno que lo tenía muy grande, y la maltrató y entonces cuando el hombre la maltrataba al penetrarla, XXX dijo que la amarraran. Entonces le pregunté: ¿Por qué estas pidiendo plata para comprar dulces para pagar la deuda de XXX? Y me dijo, -porque qué pesar de XXX, porque él se sentía en ese momento presionado. - Eso que te estoy contando, eso es vulnerabilidad."(mujer ex habitante de calle)

De igual manera, es importante considerar la topografía de estas violencias y la incidencia que tiene el espacio en la ocurrencia del fenómeno. Lxs entrevistadxs habitantes de calle y ex habitantes de calle con una trayectoria bastante extensa en dicha condición, indicaron que las ollas, espacios de consumo cerrados, son los lugares donde más acontecen estos hechos victimizantes. Esto puede indicar que algunas violencias pueden suceder con menor prevalencia en el espacio público, en tanto la situación queda expuesta a la mirada de otrxs que pueden estar interesadxs en impedirlo. En ese sentido, el espacio público puede otorgar a las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas cierta "seguridad" al impedir y/o disminuir la ocurrencia de ciertas violencias específicas como la prostitución forzada o el maltrato físico.

También el amor romántico en las relaciones afectivas genera dificultades en las mujeres para acceder y permanecer en los servicios sociosanitarios. Esto suele ocurrir cuando una mujer necesita del consentimiento de su compañero sentimental para acudir a los servicios que se ofertan. También, la adherencia de las mujeres a los programas se ve interrumpida cuando el varón, encontrándose bajo el mismo programa, es sancionado por mal comportamiento con lo cual la mujer suele hacerse sancionar en un acto de solidaridad con él; situación que no ocurre a la inversa, cuando es la mujer quien es sancionada.

Por otro lado, la distribución de las labores del cuidado en las relaciones erótico-afectivas están distribuidas de manera inequitativa quedando éstas a cargo principalmente de las mujeres. Es así, como muchas de ellas se encargan de lavar la ropa y cocinar para sus compañeros, además de gestionar el dinero para el consumo de drogas. Esta situación también ha sido reportada por profesionales y educadores del Sistema Habitante de Calle (SHC) quienes señalaron que los varones delegan en sus compañeras, al interior de los componentes, estas actividades. Esto



implica una sobrecarga de trabajo en las mujeres que disminuye el tiempo que pueden emplear para otras actividades de esparcimiento y recreación que ofertan las instituciones y las organizaciones sociales.

Algunas mujeres entrevistadas reportaron el hurto de cabello como uno de los riesgos que pueden ocurrir al momento de encontrarse durmiendo en el espacio público. Esta modalidad de hurto se ve favorecida por el sueño profundo en el que suelen caer muchas mujeres consumidoras de basuco después de días desvelo por los efectos estimulantes de la droga. A este riesgo también se ven expuestas las mujeres consumidoras de heroína con altos grados de intoxicación, quienes se quedan dormidas.

Por su parte, las agresiones que reciben los varones habitantes de calle consumidores de drogas son principalmente producto de riñas, deudas por droga, disputas de poder, así como conflictos con la fuerza pública y la comunidad. De ahí que las lesiones por armas blancas, golpes y disparos sean usuales en ellos, pero con una mayor prevalencia en las mujeres a excepción de las causadas por armas de fuego. Según cifras del DANE (2019) para habitantes de calle en Medellín, el 20,4% de los varones y el 29,6% de las mujeres recibieron golpes; el 8,2% de los varones y el 9,7% de las mujeres lesiones con arma blanca; el 17,6% de los varones y el 23,5% de las mujeres recibieron amenazas; y, el 29,3% de los varones y el 41,3% de las mujeres fueron insultados. Sin embargo, aunque las mujeres reportan ser más víctimas de acciones violentas (49,8%) que los varones (39%), son ellos quienes más temen por su vida (41,2%) a diferencia de las mujeres (21,1%) (DANE, 2019). Este contrasentido, puede ser explicado por la capacidad que han adquirido las mujeres históricamente de soportar las violencias naturalizadas, posibilitándoles forjar una estructura subjetiva de afrontamiento ante situaciones de sufrimiento que no es compartida del mismo modo por las personas socializadas como varones.

"Para la mujer el riesgo es lo sexual, en cambio para el hombre el riesgo es distinto porque está la competencia de los hombres en la calle de quien es el más macho, el más fuerte, el que más conspira, o en determinado momento..., por ejemplo, yo soy uno que no anda armado, no me gusta, pero algunas veces me topo con gente que lo primero que hace después de tener un encuentro con uno es pelar un cuchillo. Entonces ese riesgo no se da tanto entre las mujeres. Es incluso eso, el riesgo para las mujeres es el hombre y el riesgo para los hombres es el mismo hombre" (Varón habitante de calle consumidor de heroína)

De la anterior apreciación "el riesgo para los hombres es el mismo hombre" hablan también las cifras entregadas por Medicina Legal quien reporta las muertes violentas y lesiones no fatales en el país. Según esta entidad, de los 1.008 homicidios y los 5.090 eventos de violencia interpersonal reportados en enero del 2022, el 90,37% y el 68,3% respectivamente, correspondieron a varones (Medicina Legal, 2022). Esto evidencia lo que distintos estudios han señalado que, son los varones a quienes más asesinan, más mueren por accidentes, más se suicidan, más se lesionan, etc., pero también, quienes más ejercen violencia. Las violencias que se dan entre varones habitantes de calle consumidores de drogas están asociadas a la forma de relacionamiento masculino -dominación, competencia, fuerza, valentía- así como a la alta y frecuente intoxicación, que unidas al agotamiento físico de días de no dormir, la mala alimentación y el estrés, aumenta la irritabilidad y disminuye la tolerancia a la frustración, haciendo que las personas se tornen más agresivas. También el basuco genera el llamado "susto", que es un estado de alerta y paranoia constante que algunos consumidores reportan como un detonante para las reacciones agresivas.

La comunidad también es un actor importante en la violencia que se ejerce hacia la población habitante de calle consumidora de drogas. Ésta puede darse por el hecho de permanecer en espacios donde se considera que su presencia es indeseable, por lo cual, son expulsados, a través de acciones violentas (golpes, insultos, amenazas) por comerciantes y habitantes del sector, algunas veces en connivencia con grupos criminales

"Me salí para el estadio, un negocio, el man del negocio, el primer día que yo llegué y armé el cambuche, el man del negocio llegó en una camioneta y se bajó de ~~enda~~ con una pistola en la mano y que ahí no duerme nadie ni por el hijueputa, que ahí no dormía nadie. Habíamos como cuatro personas, entonces yo me paré y empecé a recoger lo mío, los otros tres se quedaron ahí, entonces ese man empezó a repartir pata y con esa pistola en la mano y a pegarle a más de uno." (varón habitante de calle consumidor de cocaína y alcohol)

La policía y los gestores territoriales de Espacio Público han sido también nombrados por las personas habitantes de calle consumidoras de drogas entrevistadas como actores importantes que ejercen violencia hacia ellxs, provocando en esta población una gran desconfianza hacia las instituciones del Estado. Estas violencias que van desde golpes, insultos, retenciones arbitrarias, daño a la propiedad privada, etc., suelen ocurrir a través de intervenciones esporádicas realizadas entre el ESMAD de la policía, Espacio Público y Emvarias para desplazar los asentamientos de las personas habitantes de calle y asear el espacio público que ha sido ocupado. Esta situación de violencia de fuerza pública, es coherente con las cifras entregadas por el DANE (2019) para esta población, donde el abuso policial fue reportado por varones (32,7%) y mujeres (33,8%) como la situación que más afecta su seguridad.

"A mí me cogieron del río braveada, ósea, me montaron al colectivo braveada, porque ese día me encendí con una de los de espacio público, me encendí con ella ~~porque~~ me iban a bravear todas mis cosas, mis útiles de aseo, mis cosas, y entonces yo la cogí y la tiré así. Entonces uno de los del ESMAD me cogió así del pelo y me arrastró por todo el puente. Onde ese man no se tropiece contra todo el bordo del riel, me tira al río. [...] A mí en esos días me habían dado muy duro los tombo y bueno muchos problemas, me querían fumar, entonces yo estaba muy cascada, me quebraron tres costillas, me descaderaron" (mujer habitante de calle consumidora de basuco)

Otro riesgo que corren tanto varones como mujeres es el consumo de drogas en lugares restringidos por los grupos criminales que hacen presencia en el territorio y manejan el microtráfico en la zona. Es el caso de la heroína por vía inyectada la cual tiene una alta estigmatización y percepción de peligro, incluso por habitantes de calle consumidores de alcohol y basuco. En los espacios de venta y consumo a cielo abierto como el Bronx, la prohibición de la práctica de inyección*, está vinculada al riesgo de sobredosis que, de ocurrir, obliga a las autoridades a ingresar y permanecer en el sector, poniendo en riesgo el negocio del microtráfico y otros delitos que ocurren allí

* La heroína es la droga mas consumida por vía inyectada en las personas habitantes de calle en Medellín, seguida de la cocaína.



"Consumir heroína tiene mucho riesgo, porque la heroína está muy estigmatizada y hay lugares donde meramente saben que usted es consumidor de heroína y no falta el que llega es atacando, patas, puñaladas, palo. Entonces un momento en el que la vida corre riesgo es el momento en el que uno se está chutando en la calle, porque si usted no busca un baño o nada le va mal. Porque muchas veces usted con el mono, usted compró y a la vueltecita donde a usted lo atendieron usted lo que quiere es aliviarse y usted no cuenta con que en ese punto hay gente que vigila o que hay manes que como le digo llegan es atacando. Entonces muchas veces ese momento del inyectarse, del aliviarse ese es un momento de vulnerabilidad. Usted está concentrado en lo suyo y usted no sabe en qué momento le van a llegar." (Varón habitante de calle consumidor de heroína)

La estigmatización social de las personas habitantes de calle consumidoras de drogas aumenta el riesgo de adolecer violencias por parte de diferentes actores públicos, privados y comunitarios, así como entre ellos. La asociación que se hace de las personas habitantes de calle consumidoras de drogas como peligrosos, violentos, impulsivos y únicos responsables de su condición fomenta la aparición de acciones discriminatorias que vulneran los derechos de esta población. Esto también afecta la autopercepción y la autoestima de las personas habitantes de calle consumidoras de drogas quienes pueden autoexcluirse también de ciertas ofertas de servicios institucionales, lugares y actividades.

"Para mí una situación que lo ponga a uno en peligro, a ver, el concepto que tiene la sociedad contra nosotros, porque nosotros ante la sociedad, lo más que todo los basuqueros, no valemos nada y somos un peligro, nosotros somos unas ratas de alcantarilla. Nosotros somos un peligro que no nos pueden cerrar un ojo porque ahí mismo piensan que nosotros le vamos a sacar el otro. Para mí eso me vuelve vulnerable. Porque nosotros tiramos ese vicio... pero hay personas muy buenas, hay personas lindas en las drogas, hay personas que tienen un corazón divino, no los pueden juzgar así y nosotros somos una rata de alcantarilla para la sociedad, como el peor peligro que hay." (mujer habitante de calle consumidora de basuco)

Otro tipo de violencia que acontece en las personas habitantes de calle es la explotación laboral. Las barreras de acceso a empleos que cuenten con garantías y, la remuneración que reciben por las actividades realizadas, sean estas (lícitas o ilícitas) atentan contra su autonomía económica. Para algunos empleadores es ventajoso contratar mano de obra de personas habitantes de calle consumidoras de drogas, en tanto es un factor de vulnerabilidad que puede ser utilizado a favor del empleador, al conseguir no pagar el salario o pagarlo con droga, así como aumentar la jornada laboral.

"En chatarrerías en mi tiempo uno iba, le pesaban y le pagaban con plata. Ahora usted va y le pagan con droga. [...] Los negocios que había allá prósperos en el Bronx, lo que era desde Juan del Corral hasta abajo la Minorista, desde el parque Botero hasta donde empieza el hospital, esa zona era prospera. Pero cuando llegaron los jibaros, los negocios los acabaron porque utilizaron al habitante de calle para que desprestigiara el local, bien sea quedándose amaneciendo ahí, o volviendo eso afuera una nada o espantando la clientela, porque para los expendedores es mejor tener un buen local a tener uno por allá escondido. Entonces eso acabo mucho el comercio aquí. Yo cuando estuve en el consumo activo vi y fui abusado de esa forma. A uno lo utilizan. Yo no sabía que existían billetes de veinte mil, hasta que un día me lo regaló una persona. A uno se le olvida cobrar lo que uno vale por una labor, por un trabajo, uno está expuesto a que le den lo que quieran, porque yo estaba dedicado a regalar mis cositas y a cambiarlas por una moneda."
(varón exhabitante de calle exconsumidor de basuco)

Esta situación dificulta el acceso a otros bienes y servicios por parte de las personas habitantes de calle consumidoras de drogas a partir de los "recursos económicos" percibidos por las actividades que realizan, aumentando su dependencia a los servicios asistencialistas, que cronifican su condición. Las ideas que subyacen en la infravaloración de las actividades económicas realizadas por esta población, es la opinión de que sus necesidades se reducen al consumo de drogas y que la labor que realizan no contribuye a la economía local, percepciones que

terminan justificando la explotación laboral. Aunque si bien el consumo dependiente de drogas produce un estado de necesidad que genera angustia y sufrimiento al no ser satisfecha, existen otras necesidades vitales como la comida, los artículos de aseo, el agua, la ropa, el transporte, los medicamentos, entre otros, que también son priorizadas por las personas habitantes de calle.

Ante la idea que el trabajo de las personas habitantes de calle no aporta a la economía, es de señalar que, el reciclaje es la mayor actividad lícita de subsistencia realizada por ellxs en Medellín (40,5%) (DANE-2019b), labor que está vinculada al desarrollo económico y al cuidado ambiental. Aunque no existen cifras sobre el volumen de reciclaje que la población habitante de calle recupera, vale la pena mirar algunas cifras generales a nivel de país. Colombia produce 27 mil toneladas de residuos al día, de las cuales 1480 Tn son recuperadas y transformadas y, 1220 Tn son reincorporadas al comercio a través de convenios. El 57% del papel de la industria nacional es reciclado y 50% del vidrio. 300 mil personas viven de la actividad del reciclaje en Colombia y 70 millones en el mundo (Martínez, 2020). Estas cifras permiten visualizar la dimensión de un negocio lucrativo donde las riquezas tienen una distribución desigual.

Es importante señalar que las condiciones en la que se realiza la actividad del reciclaje son inadecuadas y ponen en riesgo la salud de quienes subsisten de esta labor, ya que su ejecución sin los elementos de protección necesarios lxs expone a cortadas, infecciones, hernias, lumbalgias, etc.

Un aspecto que es necesario evidenciar es el desconocimiento que tenemos sobre el tipo y la magnitud de las violencias que sufre la población migrante habitante de calle consumidora de drogas. La dificultad para algunxs de ellxs de regularizar su estatus migratorio genera barreras de acceso a los servicios de tratamiento de drogodependencia, albergues y a la oferta institucional educativa, de empleabilidad y capacitación dirigidas a la población



habitante de calle en la ciudad. Al igual que la tendencia que marcan los censos sobre la mayor proporción de varones que de mujeres en habitanza de calle, en la población migrante venezolana se presenta lo mismo. Esta situación está marcada por el hecho de que muchas mujeres han migrado con sus hijxs y no existe la elección, a diferencia de las mujeres locales, de dejarlos a cargo de otros familiares. Esta condición, ha obligado a muchas mujeres migrantes a habitar con sus hijxs las “casas de vicio” u “ollas” donde se venden y consumen drogas, las cuales algunas son administradas por ellas. Esta irregularidad del estatus migratorio unido al desempleo y las necesidades insatisfechas propias de sus familias hace que esta población, tanto varones como mujeres sea fácilmente reclutada por los grupos criminales que manejan el microtráfico en la ciudad.

RESUMEN VIOLENCIAS Y RIESGOS. HALLAZGOS Y ALTERNATIVAS

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
Las mujeres corren mayor riesgo que los varones de violencia sexual en el espacio público, por lo que evitan dormir en la calle. Sin embargo, el pernoctar en hoteles, ollas e inquilinatos, etc., las expone a riesgos que deben ser identificados y caracterizados, tales como la prostitución forzada.	<p>Sensibilizar a los varones y mujeres sobre las violencias sexuales</p> <p>Brindar información a las mujeres sobre las violencias sexuales y las rutas de atención y restablecimiento de derechos.</p> <p>Gestión del conocimiento sobre la seguridad y las violencias, especialmente de aquellas basadas en género, de las mujeres en situación DE y EN calle</p>
La consideración estereotipada de que las mujeres son más aptas para las labores domésticas y del cuidado, implica una sobrecarga de trabajo en las mujeres que disminuye el tiempo que pueden emplear para otras actividades de esparcimiento y recreación que ofertan las instituciones y las organizaciones sociales.	Sensibilizar a las mujeres sobre la distribución de las labores del cuidado en las relaciones de pareja y su nexo con la salud mental
Las violencias que se dan entre varones habitantes de calle consumidores de drogas están asociadas a la forma de relacionamiento masculino	Formar a los varones en masculinidades no patriarcales, haciendo énfasis en la resolución pacífica de conflictos y en la gestión no violenta de las emociones displacenteras.

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
La comunidad también es un actor importante en la violencia que se ejerce hacia la población habitante de calle consumidora de drogas	Sensibilizar a los líderes de opinión y a la comunidad en general sobre el estigma social y las afectaciones de este sobre el bienestar de las personas.
El amor romántico en las relaciones afectivas genera dificultades en las mujeres para acceder y permanecer en los servicios sociosanitarios	Fortalecer las parejas erótico-afectivas entre las personas HCSPA a través de talleres y actividades que refuerce la corresponsabilidad en el cuidado
Otro riesgo de violencia que corren tanto varones como mujeres es el consumo de drogas en espacio público, especialmente aquellas drogas que están más estigmatizadas como es el caso de la heroína. Existe un riesgo para la salud la práctica de inyección a cielo abierto por la contaminación de la parafernalia, la zona de punción, el estrés, y el desecho del material de inyección en el espacio en que se realiza.	Generar acciones articuladas con la secretaria de la no violencia, de seguridad y de inclusión Social y familia, con el objetivo de prevenir la violencia contra las personas consumidoras de spa Una sala de consumo supervisado para las personas que se inyectan drogas a cielo abierto
La estigmatización social de las personas habitantes de calle consumidoras de drogas aumenta el riesgo de adolecer violencias	Realizar campañas y acciones de sensibilización entre los distintos actores comunitarios e institucionales para la des estigmatización de las personas HCSPA
Otro tipo de violencia que acontece en las personas habitantes de calle es la explotación laboral producto de la estigmatización social	Capacitar a las personas HCSPA sobre temas relacionados con la autonomía económica, economías solidarias, así como rutas para la atención y denuncia por conflictos en las relaciones laborales.
Es necesario profundizar en los estudios de ciudad sobre la situación de las personas migrantes habitantes de calle consumidores de drogas,	Gestión del conocimiento sobre la situación social de las personas migrantes habitantes DE y EN calle consumidoras de spa, especialmente de las mujeres con persona menores de edad a cargo.



BARRERAS DE ACCESO DIFERENCIALES A LOS SERVICIOS SOCIO SANITARIOS OFERTADOS A LAS PERSONAS HC DE ACUERDO AL SEXO, GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXUAL (SGOS)

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA HIGIENE MENSTRUAL (SHM)

La salud e higiene menstrual (SHM) contempla una serie de acciones que van desde el manejo higiénico de la menstruación hasta otros factores relacionados con la salud, la equidad de género, el bienestar, la educación y el empoderamiento de las niñas, adolescentes y mujeres adultas. En esa medida, es importante contar con un entorno que posibilite la disponibilidad y acceso permanente a agua segura, baños que cumplan con estándares y fácil acceso a materiales para gestión de la menstruación (UNICEF; 2020).

Es importante señalar que la menstruación ha estado vinculada a la reducción de oportunidades en las mujeres, al seguir siendo un tema tabú y no poder acceder fácilmente a elementos de higiene e información adecuada, disminuyendo la perspectiva de salud y bienestar en las mujeres y afectando sus derechos.

Por otro lado, algunos estudios han señalado la relación entre el ciclo menstrual, los efectos deseados, adversos y de toxicidad en el consumo recreativo de ciertas sustancias (Fabregat & Calzadas,) (Romo; 2006). Otras investigaciones han evidenciado que el consumo prolongado y frecuente de una SPA puede afectar en las mujeres el ciclo menstrual, la fertilidad, el embarazo, la lactancia y la menopausia (NIDA, 2020). El periodo menstrual también puede verse afectado por otras razones tales como el estrés, una emoción fuerte o una alimentación desbalanceada. Lo cierto es que, la irregularidad del ciclo menstrual y la amenorrea secundaria son muy comunes en las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas. En ellas confluyen cuatro factores que afectan su sistema hormonal: el abuso de drogas, los problemas de salud mental, la desnutrición y algunos métodos anticonceptivos en quienes lo usan. La alteración del ciclo menstrual le dificulta a las mujeres prever el momento del sangrado y contar con elementos higiénicos para gestionar la menstruación, agua potable y baños. Tampoco es fácil el acceso a estos elementos higiénicos para las mujeres habitantes de calle, especialmente aquellas que tienen un mayor deterioro físico y del cuidado, ya que se encuentran por un lado, excluidas del ingreso a los baños de los espacios público-privados como los centros comerciales, almacenes, etc., y por otro lado, los kits de higiene que las organizaciones sociales y los proyectos de la Alcaldía entregan a la población habitante de calle, no todos cuentan con productos para gestionar la menstruación, resultando ser insuficientes las acciones para responder a la demanda.

En la comuna 10 existen 3 lugares permanentes de autocuidado y atención psicosocial que hacen parte del componente de Atención Básica del proyecto Habitante de calle de la Alcaldía de Medellín ubicados cerca de las zonas de mayor concentración de esta población: Barrio Triste, barrio Colón y Prado Centro. Sin embargo, no todas las personas habitantes de calle acceden a los servicios institucionales por múltiples razones: estar consumiendo en ese momento y no desear parar, sanciones, no estar disponible el servicio, reincidencia, mala experiencia y/o no cumplir con los criterios para hacer uso de los servicios de baño, alimentación y

acompañamiento psicosocial. A esta situación se le suma la inexistencia de baños públicos gratuitos en las zonas donde permanecen las personas habitantes de calle, afectando el agenciamiento de necesidades básicas dentro de las que se encuentra la menstruación en las mujeres. La dificultad de acceder a servicios sanitarios, en este caso letrinas públicas, se ve reflejado en los olores fétidos de heces y orina que acompañan algunos espacios donde permanecen las personas HC, poniendo en riesgo su salud. Es el caso del sector Avenida de Greiff, detrás del Museo de Antioquia, donde personas habitantes de y en calle consumidoras de drogas (heroína, basuco) a cielo abierto realizan su práctica de intoxicación en un espacio de constante movimiento vehicular y peatonal, estéticamente sucio y maloliente.

La mayoría de las mujeres entrevistadas declararon tener un cuidado higiénico durante el sangrado el cual consiste en tener productos como toallas higiénicas desechables, tampones, algodones o toallas húmedas y cambiarlas mínimo dos veces durante el día, dependiendo del flujo. Una vez utilizados estos elementos, son desechados por algunas de ellas en bolsas plásticas y arrojados a la calle o depositados en canecas. Algunas veces el agenciamiento de la menstruación ocurre en el espacio público, sin agua potable y en condiciones insalubres de alto riesgo para la salud de las mujeres.

La experiencia subjetiva de las mujeres habitantes de calle con el ciclo menstrual pasa por cambios emocionales y algunos dolores físicos que reconocen como propios de estar menstruando: dolor de cabeza, dolor en los senos y la cintura, cólicos e irritabilidad. También los imaginarios culturales alrededor del periodo menstrual en nuestro contexto modifican la disposición de las mujeres hacia las relaciones eróticas, generando a veces conflictos con sus compañeros sentimentales

"También si uno tiene el periodo muchas veces ellos no entienden que cuando a nosotras las mujeres nos viene, no podemos estar así, entonces ellos se enojan. A mí no me gusta estar si a la pareja mía le gusta estando yo con el periodo, yo le digo que no, entonces se enoja, yo no entiendo" (Mujer HC, consumidora de cocaína)

Algunas mujeres conocen otros productos como las copas menstruales que no son de fácil acceso tanto por costo como por disponibilidad en los servicios. Una de las razones para no estar en la oferta institucional dirigida a ellas, según funcionarixs, son las prácticas de asepsia de las mujeres habitantes de calle que resultan no ser indicadas para el manejo de la copa.

"[...] teniendo en cuenta que deben estar cerca de una fuente de agua potable para su lavado permanente, además de las prácticas de un buen lavado de manos y que una vez acabado el ciclo menstrual debe ser esterilizada y guardada de manera higiénica. No es viable que las usuarias de y en condición de calle, por sus hábitos puedan tener estas rutinas, especialmente porque cuando se encuentran en función de consumo no cuentan con agua potable, desinfección de manos entre otros asuntos, situación que terminaría convirtiéndose en un problema de salud más para ellas." (funcionaria secretaria de las mujeres, Acta 14-05-2021)



Sin embargo, aunque algunas mujeres entrevistadas referenciaron la renuncia al autocuidado y la higiene, ya sea por desidia, rebeldía o seguridad, lo cierto es que, no es una generalidad la falta de asepsia en las personas habitantes de calle y muchas mujeres tienen incorporadas dentro de sus rutinas diarias prácticas de higiene, pudiendo ser la copa menstrual un método eficiente en algunas de ellas para el agenciamiento de su periodo menstrual. También es importante señalar que la posibilidad del uso de la copa menstrual no puede estar solo sujeto a la incorporación de las prácticas de asepsia por parte de las mujeres, sino que estas deben estar acompañadas del acceso a agua potable y baños, que son una responsabilidad estatal.

RESUMEN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. HALLAZGOS Y ALTERNATIVAS

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
Dificultad de acceso a material higiénico para la gestión de la menstruación	<p>Entrega de toallas higiénicas desechable y no desechables</p> <p>Información sobre el uso y acceso a los distintos materiales higiénicos -toallas, tampones, copas menstruales</p> <p>Generar una articulación con la secretaria de las mujeres para la dispensación de material higiénico para la menstruación</p> <p>Generar una articulación con la empresa privada para la dispensación de material higiénico.</p>
No existen baños públicos gratuitos en las zonas de concentración de la población lo que no solo dificulta la gestión de la menstruación sino también de otras necesidades básicas -defecar y orinar-	<p>Incidir ante las instancias encargadas, para la solicitud de los baños públicos gratuitos</p>
Existe una irregularidad en el periodo menstrual en las mujeres habitantes de calle	<p>Informar a las mujeres HCSPA sobre las afectaciones del consumo de SPA y la habitanza en calle en el periodo menstrual</p> <p>Promover la salud menstrual en las mujeres a través de prácticas de cuidado</p>

ANTICONCEPCIÓN

El abuso de drogas es un factor de predisposición para la ocurrencia de embarazos no planificados e ITS. Bajo alta intoxicación o estados de necesidad (craving), producto del consumo de drogas, las personas disminuyen su capacidad para ponderar los riesgos y están más dispuestas a tener sexo ocasional y menos inclinadas a usar métodos de barrera en las relaciones sexuales.

Por otro lado, algunas investigaciones con mujeres adictas han señalado el bajo uso de anticonceptivos, así como la alta tasa de interrupciones voluntarias del embarazo y de enfermedades de transmisión sexual (Cornford y et. col, 2015). También se ha establecido que el consumo de drogas en las mujeres gestantes unido a la nutrición deficiente, estrés y problemas mentales, puede afectar el desarrollo embrionario y generar el síndrome de abstinencia neonatal (NAS) que de no ser tratado a tiempo puede terminar con la muerte del recién nacido (Oei, 2018).

En el contexto de Medellín, algunos datos sugieren que una de cada cuatro mujeres habitantes de calle tiene hijxs (PPHCM, 2017) y que más de 50% de las personas en habitanza de calle del municipio de Medellín tienen mínimo un hijx (Ramírez, 2015), el cual casi siempre no está bajo su cuidado. Sin embargo, en la ciudad no existen datos sobre cuantas mujeres HC consumidoras de drogas han hecho interrupción voluntaria del embarazo pasando por el sistema de salud, ni cuantas de ellas lo han hecho de manera clandestina y en condiciones de alto riesgo, o entregado en adopción a sus hijxs. Lo cierto es que, la anticoncepción eficaz está asociada a la prevención y disminución de los embarazos no planificados y de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), así como a la posibilidad de disfrutar responsablemente la sexualidad de manera independiente a la reproducción.

La Conferencia Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas realizada en 1968 consideró la anticoncepción como un derecho humano reconociendo que:

"los cónyuges tienen el derecho humano fundamental a decidir libre y responsablemente el número y el momento del nacimiento de sus hijos, así como el derecho a una educación e información adecuada al respecto" (Acta final de la conferencia internacional de los derechos humanos, 1968)

Este reconocimiento de la anticoncepción como un derecho sexual y reproductivo implica que las personas son libres y autónomas para tomar decisiones sobre su cuerpo, su salud y su vida (UNFPA, 2018). Esto resulta aún más importante en las mujeres, para quienes su cuerpo ha sido una esfera de control masculino y la maternidad un mandato de realización femenina. Un ejemplo de ello fue el programa de ligadura de trompas por laparoscopia para las mujeres creado por Profamilia en 1972, donde los médicos consideraron, sin ningún fundamento legal, que era necesario solicitar la autorización del varón para realizar la cirugía, no así en la esterilización masculina, servicio que se había establecido dos años antes para los varones. (PPSDSDR, 2014).

En Colombia el acceso a los métodos anticonceptivos para mujeres y varones quedó incluido en las Resoluciones 769 y 1973 del 2008, que obliga a los servicios de salud a ofrecer información sobre anticoncepción,



proporcionar el método más adecuado a las necesidades de la persona y realizar seguimiento. De igual manera, la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (2014) contempló el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y reconoció la sexualidad como una condición prioritaria para el desarrollo humano la cual debe observarse desde los derechos y el respeto por las personas, y donde el Estado deberá propiciar, facilitar y proveer las condiciones para el disfrute de la sexualidad y el goce pleno de los derechos sexuales y reproductivos que de ello se desprenda (PPSDSDR, 2014).

En esa misma línea el Plan de Intervenciones Colectivas (Resolución 0518/2015) y el Plan Obligatorio de Salud (Resolución 2292 de 2021) contemplan una serie de servicios dirigidos a atender las necesidades en salud sexual y reproductiva de la población sin discriminación alguna, entre las que se encuentran: inmunizaciones (vacunas Hepatitis B y Virus del papiloma humano), atención integral para ITS-VIH/Sida, atención al embarazo y parto, suministro de métodos anticonceptivos (temporales, de emergencia y definitivos), así como la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) hasta la semana 24 (C-055/2022).

En relación a la población habitante de calle en Medellín, el Plan Estratégico de la Política Pública (2017- 2025) en su componente de salud señala:

"Este componente direcciona las acciones a emprender para el acceso oportuno y con calidad de las personas habitantes de la calle, al sistema de salud, acompañadas por estrategias de promoción de la salud física y mental, prevención de riesgos sociales y epidemiológicos."

Y propone dentro de sus líneas de acción *"Realizar visitas con profesionales y procesos de acompañamiento para los eventos de salud sexual que presenten los ciudadanos Habitantes de la Calle, indicando los derechos que por Seguridad Social deben ser prestado por los Aseguradores",* estableciendo para ello un Centro de Escucha en Salud Sexual y Reproductiva para la atención de esta población a cargo de la Secretaría de Salud dirigido a habitantes de calle.

Existe una ruta institucional para el acceso a los métodos anticonceptivos a través de la consulta de planificación familiar, que cualquier colombiano, que se encuentre afiliado al sistema de salud puede solicitar. Esta es una asesoría realizada por un médico y/o enfermero donde se brinda información sobre salud sexual y derechos reproductivos, sobre los distintos métodos anticonceptivos modernos y donde se prescribe y obtiene el método elegido, previa recomendación médica.

En las personas habitantes de calle, la ruta por el sistema de salud no suele ser la más efectiva para acceder a los métodos anticonceptivos. Algunas razones son el tiempo de espera entre la solicitud del servicio y el momento que se hace efectivo, el desplazamiento hacia los sitios donde se ofrece la atención, una mala experiencia de los usuarios con los servicios de salud y la poca demanda que entre varones y mujeres consumidoras de drogas habitantes de calle tiene la planificación familiar. Sin embargo, prevenir los embarazos de las mujeres de esta población, que son considerados de alto riesgo y que no deberían ocurrir, ha sido parte de las acciones priorizadas por la Política Pública Habitante de Calle de Medellín, cuando se plantea como objetivo *"disminuir la incidencia de embarazos, ITS y mitigar los riesgos de la salud para la atención de habitantes de calle"*. Esto se ha llevado a cabo a través de acciones educativas donde se informa a las personas habitantes de calle sobre planificación familiar, métodos

anticonceptivos, ITS, se realizan pruebas rápidas (VIH, sífilis) y se distribuyen preservativos. Estas acciones descentralizadas que son constantes en la ciudad, no están disponibles de manera permanente para las personas habitantes de calle consumidoras de spa en los servicios que ellos frecuentan ni en los espacios que habitan, sino que hacen parte de acciones puntuales e intermitentes que no logran sensibilizar a lxs ciudadanxs HC sobre su salud sexual y reproductiva.

Existen distintas dificultades para el uso y el acceso a los métodos modernos de anticoncepción por parte de las personas habitantes de calle que consumen drogas. Algunas tienen que ver con la escasa información que tienen sobre la anticoncepción y los efectos secundarios. Algunos varones, por ejemplo, consideran que son más efectivos los anticonceptivos femeninos y que la vasectomía es un procedimiento que puede llevar a una disminución de la potencia sexual. También, la amenorrea causada por el abuso de drogas y que se intensifica con la pérdida de peso, suele ser considerada por las mujeres como una señal de infertilidad. Otras dificultades incluyen la desconfianza que muchas personas habitantes de calle consumidoras de drogas tienen hacia los profesionales de la salud de que puedan estigmatizarlxs y discriminarlxs, así como la baja tolerancia de las mujeres a los efectos secundarios de los anticonceptivos como el aumento de peso, intensificación de cefaleas, la afectación del ciclo menstrual, el aumento del dolor pélvico y del sangrado.

La distribución de los preservativos por parte de las instituciones públicas y las organizaciones sociales no cubren una demanda elevada de métodos de barrera para las ITS y los embarazos no deseados dentro de la población habitante de calle. Tampoco las acciones realizadas por los distintos actores interesados sobre derechos sexuales y reproductivos contemplan las necesidades diferenciadas de las mujeres y los

varones, priorizando sus atenciones a partir de la estimación cuantitativa de la población

"Nosotros lo enfocábamos a los dos [mujeres y hombres], pero teníamos más hombres, así que hablábamos más de la vasectomía y sobre todo del preservativo; y no solo desde los métodos anticonceptivos, sino de la vida sexual placentera y segura, entonces se habla de las ITS, del autocuidado, de la salud. No era que escogiéramos a los hombres, sino que ellos son más." (actor clave, Fundación Semillas que Crece)

Una de las formas en como las mujeres consumidoras de drogas habitantes de calle han accedido a los métodos anticonceptivos modernos es a través de campañas en salud interinstitucionales que se han llevado a cabo en articulación con organizaciones no gubernamentales para sensibilizar a esta población sobre algunos métodos de anticoncepción específicos. Una de estas campañas fue la realizada en 2016 entre Metrosalud E.S.E, Savia Salud EPS, Sistema Habitante de Calle y Fundación Semillas que Crecen, donde se sensibilizó a las mujeres habitantes de calle sobre el implante subdérmico jadelle y se capacitó al personal de enfermería y médico de Centro Día 2 para que realizaran los procedimientos al interior de las instalaciones.

El método jadelle, consiste en dos barras cortas y delgadas que se insertan de manera subdérmica en la parte superior del brazo, liberando diariamente levonorgestrel (progestina) lo que ocasiona que se espese el moco cervical y evite el paso de los espermatozoides. La razón práctica por la que se considera el implante jadelle como el más apropiado para la población de mujeres habitantes de calle, es la duración hasta 5 años, lo rápido del procedimiento entre 20 y 25 min, su elevada eficacia del 99% y la independencia de la usuaria. Se considera también por parte de los profesionales psicosociales y de la salud



que los anticonceptivos orales no son eficientes y que los dispositivos intrauterinos como el anillo vaginal y los DIU no son aptos por la alta prevalencia de ITS en las mujeres. Sin embargo, varios estudios de cohorte han señalado la seguridad del uso de DIU en mujeres con alto riesgo o antecedentes de ITS (Birgisson, et & col, 2015) (Bonsergent,2021).

Aunque se sugiere el jadelle por las razones prácticas antes mencionadas, las campañas anticonceptivas que ofrecen este método no han evaluado la pertinencia de su uso en la salud mental y física de las mujeres habitantes de calle consumidoras de spa, priorizando en sus acciones el objetivo de disminuir la tasa de embarazos en esta población. Las advertencias del uso de jadelle indican que en pacientes con factores de riesgo de patología arterial y/o venosa así como con depresión importante debe usarse con especial prudencia y evaluarse la conveniencia de no utilizarlo o extraerlos (Ficha Técnica Jadelle)*. Estos aspectos deben considerarse en las mujeres consumidoras de drogas ya que pueden experimentar efectos físicos en el corazón y los vasos sanguíneos y padecer trastornos depresivos y de ansiedad (NIH; 2020). También algunas mujeres habitantes de calle han manifestado efectos indeseables muy frecuentes como cefaleas, náuseas, nerviosismo, cambio del ciclo menstrual, irritación en la zona del implante, modificación del estado de ánimo, dolor pélvico, dolor mamario y aumento de peso. El experimentar estos efectos secundarios y no tener el acompañamiento y la supervisión necesaria ocasiona que algunas mujeres desistan de continuar usando el método y se lo retiren ellas mismas

"Yo tengo el caso de una mujer que refirió aumento de peso, mucho vomito y migraña y en un consumo se lo arranco ella solita, se abrió y se lo arranco, que porque estaba gorda y le estaba doliendo mucho la cabeza." (psicóloga SHC)

La preferencia institucional y médica por los métodos anticonceptivos de larga duración para las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas, también está asociada a la infantilización que recae sobre las personas que consumen drogas al considerarlas incapaces de adquirir responsabilidades de autocuidado, en tanto se valora el consumo de drogas como una práctica contraria. Es así como se asume que los métodos temporales orales, de absorción dérmica y de inyección, que implican una regularidad en la ingesta y aplicación, son de difícil adherencia para la población de mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas por la poca capacidad de responsabilizarse por su salud. Aunque esa creencia puede encontrar su justificación en casos particulares y situaciones específicas, muchas mujeres HCSPA han tenido experiencia con distintos métodos anticonceptivos y han obtenido la información de otras mujeres por fuera de los servicios de salud

"Yo gracias a dios no pensé en hijos mientras que cogí la calle, porque créamelo que todas las mujeres que se criaron conmigo quedaron en embarazo y sin ser viciosas. Y yo me puse a pensar, bueno ya cogí la marihuana, yo ya lo que tengo es que avisparme, yo no quiero tener hijos así y me puse a planificar. [...] Supe cómo hacerlo por mi hermana me dijo: Mire [nombre de la informante], si usted no quiere aparecer preñada póngase a planificar. Esto es así, cómprese este cartón y así como va en el sobre, lunes, martes, miércoles..., así se las toma. Y así planifique ocho años" (Mujer habitante de calle consumidora de basuco)

* Consultar ficha técnica en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/informaMedicamentos/doc/F_TecnicaNum64224.doc

Sin embargo, aunque una gran parte de las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas reconocen y han utilizado en momentos de sus vidas distintos métodos de anticoncepción, estos no siempre han sido efectivos para prevenir los embarazos. Aunque los métodos tienen una alta efectividad**, por encima del 70% lo más bajos, no son el 100% seguros y están supeditados al uso correcto de los mismos***.

Otro aspecto involucrado con la baja efectividad de los anticonceptivos para prevenir los embarazos, son las falsificaciones de medicamentos y su comercialización en las farmacias, clínicas, hospitales y EPS del país. Un hecho que confirma lo anterior, fue la captura en el 2019 de una banda criminal dedicada a la adulteración de medicamentos entre los que se encontraban los anticonceptivos****. Es así como la ineficacia de los anticonceptivos no solo está relacionada con su mala utilización sino también con la falsificación de los mismos quedando muchas veces las mujeres embarazadas habiendo utilizado métodos de planificación temporales e incluso permanentes,



** Píldora anticonceptiva (92%), Anticonceptivo inyectable (94%), Condón (85%), Condón femenino (79%), DIU (99,8%)

*** Datos de la OMS señalan que en el mundo se llevan a cabo 33 millones de embarazos no deseados, de los cuales 26.5 millones se dan por falla en el uso incorrecto

**** En: Blu Radio. Redacción, 22 de junio, 2019. <https://www.bluradio.com/judicial/cae-banda-dedicada-a-la-falsificacion-y-comercializacion-de-medicamentos>



RESUMEN ANTICONCEPCIÓN. HALLAZGOS Y ALTERNATIVAS

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
<p>No existe una amplia oferta institucional de métodos anticonceptivos dirigidos a las mujeres y a los varones. Los únicos métodos anticonceptivos ofertados a las mujeres HCSPA son los permanentes y el jadell, sin consideración del proyecto de vida ni de los efectos secundarios que sobre la salud física y mental tiene el dispositivo subdérmico en algunas de ellas.</p> <p>A los varones los métodos permanentes no se les ofrece y el preservativo solo se les entrega en el marco de campañas de prevención de ITS. Lo que está vinculado al estereotipo de que son las mujeres quienes se deben cuidar de los embarazos y no los varones.</p>	<p>Brindar información constante a las personas HCSPA sobre los distintos métodos modernos de anticoncepción para varones y mujeres y la ruta de acceso.</p> <p>Acompañar a las mujeres y varones HCSPA en la ruta de acceso a los métodos modernos de anticoncepción.</p>
<p>La ruta del sistema de salud para la consulta de planificación familiar no es viable para las mujeres y varones HCSPA por los tiempos y dinámicas en las que se dan.</p>	<p>Descentralizar las consultas de planificación familiar a través de los Centro Día donde atienden a la población habitante de calle. Realizar seguimiento a los tratamientos anticonceptivos con los médicos y/o enfermeras que realizan atenciones a esta población.</p>
<p>Existe una alta prevalencia de mujeres con ITS que está vinculado al consumo de drogas y a las relaciones erótico afectivas.</p>	<p>Sensibilizar a las mujeres y a los varones HCSPA sobre el uso de métodos anticonceptivos y de barrera para prevenir los embarazos no planeados y las ITS.</p>
<p>No existe una alta demanda de métodos anticonceptivos por parte de varones ni mujeres</p>	
<p>Existe una alteración del ciclo menstrual en las mujeres que está relacionada con la idea de infertilidad</p>	<p>Brindar información a las mujeres sobre la relación y los efectos del consumo de drogas sobre el ciclo menstrual, la fertilidad y la efectividad de los métodos anticonceptivos.</p>

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO (IVE)

Los embarazos no deseados están asociados a las violencias sexuales, pero también a fallas en la efectividad de los anticonceptivos, el uso incorrecto del método, la falsificación de los medicamentos, la poca disponibilidad y barreras de acceso a los mismos, así como la escasa información. Estos factores limitan la autonomía reproductiva de las personas gestantes afectando seriamente su salud mental y proyecto de vida. En ese sentido, la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) surge como una posibilidad garante de los derechos sexuales y reproductivos en las mujeres, las niñas y las personas gestantes, reafirmado de esta manera la autodeterminación que tienen sobre su cuerpo y su vida.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) es un tema bastante controversial en razón de la concepción que se tiene de la vida como un bien jurídico que debe ser protegido por el Estado en las distintas etapas de desarrollo. Sin embargo, como bien lo ha precisado la Corte Constitucional, la protección es *"gradual e incremental, según la etapa de desarrollo en que se presente un atentado contra ella y las circunstancias concomitantes con este."*(C-355/06)

La penalización de la IVE ha expuesto a las personas gestantes a prácticas de abortos clandestinos e inseguros, afectando de manera considerable la salud de quienes se someten a dichas intervenciones; además, de afectar la libertad de conciencia en la medida en que la autonomía reproductiva es un derecho personalísimo, individual e intransferible con lo cual el Estado ni nadie puede interferir a través de la coacción o la violencia. También es importante señalar que la gestación trae consecuencias físicas, emocionales y económicas que afectan el proyecto de vida de las personas gestantes y que está vinculada a su sistema de creencias y valores. En ese sentido, penalizar el aborto o hacerlo no punible solo a casos específicos es imponer la maternidad a aquellas personas gestantes que no lo desean, perjudicando, como se ha dicho, su autodeterminación.

En el código penal colombiano (ley 599 de 2000), el artículo 122 señala que:

"La mujer que causare su aborto o permitiere que otro se lo cause, incurrirá en prisión de dieciséis (16) a cincuenta y cuatro (54) meses. || A la misma sanción estará sujeto quien, con el consentimiento de la mujer, realice la conducta prevista en el inciso anterior"

En ese sentido, la Corte Constitucional en la Sentencia C-355 de 2006 dejó condicionalmente inexecutable esta disposición

"en el entendido que no se incurre en delito de aborto, cuando con la voluntad de la mujer, la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes casos: (i) Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y, (iii) Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto" (C-355 de 2006)

Recientemente, la Corte constitucional en su sentencia 055 de 2022 despenalizó el aborto en todos los supuestos hasta la semana 24, permitiendo a las personas gestantes interrumpir también el embarazo cuando este no

ha sido deseado, sin consideración de los criterios antes señalados. Esta es una medida muy reciente para el análisis retrospectivo de las acciones y rutas emprendidas por las organizaciones e instituciones que prestan servicios a las personas habitantes de calle consumidoras de droga; pero, es importante tenerla en consideración en el futuro inmediato para involucrarla en la información y sensibilización que deben recibir los funcionarios, profesionales y usuarixs que prestan y reciben servicios dirigidos a la población habitante de calle consumidora de spa.

En cuando a las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas entrevistadas, muchas de ellas declararon haber quedado embarazadas sin desearlo, a pesar de estar utilizando métodos de planificar. Esta situación ha sido experimentada por algunas como un hecho frustrante, siendo una razón para adoptar la vida en calle y en otras ha sido una causal de violencia hacia ellas por parte de sus compañeros sentimentales que se han negado reconocer su responsabilidad

"En este momento, yo tengo siete abortos y una sola nacida. Mi primer aborto fue a los 18 años, el segundo fue al año siguiente, el tercero fue ese mismo año. Entre los 18 y los 19 años yo tuve tres embarazos. Y entonces lo que me toco fue cambiar de método de planificación, porque no me estaba funcionando. A mí nunca me funcionaron las pastillas, pero yo siempre planifiqué, siempre. Yo quedé embarazada de mi hija planificando con la inyección perlutal. Y no llevaba poco planificando con eso, ya lleva un año con ella." (mujer habitante de calle consumidora de basuco)

La mayoría de las mujeres que manifestaron haber quedado embarazadas indicaron haberse realizado al menos un aborto en su vida. Estos procedimientos no

siempre se efectuaron a través del sistema de salud por no contar con los criterios legales señalados por la Corte Constitucional en su Sentencia C-355-2006; pero también y no menos importante, por la consideración por parte de las mujeres de que el aborto es un acto reprochable. En ese sentido, muchas de las mujeres han continuado su embarazo sin desear matenar, dejando sus hijxs al cuidado de otrxs, o han evitado pasar por procedimientos seguros a través de sistema de salud, practicándose los abortos en sitios clandestinos o con métodos, no siempre eficaces y de alto riesgo, como aspirinas con cerveza en ayunas, bebidas de ruda con sal, golpes abdominales e introducirse vía vaginal alimentos y elementos cortopunzantes.

La estigmatización sobre el aborto también ha generado barreras de acceso a la IVE por parte de las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas que no han deseado matenar. En ese sentido, cuando una mujer, de esta población, consulta los servicios sociosanitarios, no suele recibir por parte del personal que la atiende información sobre la IVE, por varias razones:

- 1) Se realiza el acompañamiento psicosocial bajo el supuesto estereotipado que en las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas, la expectativa de la maternidad puede ser una motivación para cambiar su vida. Aunque esto puede suceder en algunas mujeres y solicitar los distintos servicios sociosanitarios para llevar a buen término su embarazo, no es la generalidad en todas ellas. De ahí, que muchas de las mujeres entrevistadas que tienen hijos, éstos no están bajo el cuidado de ellas sino de algún familiar o del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF).
- 2) No todo el personal que atiende a la población cuenta con la información sobre la IVE y las rutas de acceso al procedimiento.
- 3) Algunos profesionales que recepcionan los casos de embarazo en mujeres de esta población no están de acuerdo con el aborto, evitando de esta manera

entregar información sobre la IVE, aduciendo objeción de conciencia e induciendo a la mujer a continuar con el embarazo

"Aquí vino una ciudadana, una chica lesbiana habitante de calle, con ganas de abortar y llega el educador y le dice: - ¿cómo vas a abortar?, yo te voy ayudar con ese hijo, como vas a matar esa criatura-. Hasta el momento, yo no sé si los educadores se están haciendo cargo de eso y le están ayudando con su hijo. Vuelve y queda embarazada y vuelve a decir que quiere abortar, pero llegan los salvadores y le dicen. -venga yo le ayudo-. Ahora no sabemos en qué condiciones esta ese niño." (psicóloga SHC)

"Todo es un asunto de conciencia. Yo no estoy de acuerdo con el aborto entonces no lo informo. Si el otro tiene derecho a abortar yo también tengo derecho a no estar de acuerdo con el aborto." (trabajadora social SHC)

La objeción de conciencia, que es la manifestación que realiza una persona natural para oponerse a las disposiciones oficiales a partir de fundamentos morales, religiosos y/o filosóficos, requiere que se realice de manera expresa y escrita, no bastando la simple mención verbal. Por otro lado, al constituirse la IVE como un derecho, el prestador de servicios objetor de conciencia tiene la obligación de remitir, en este caso a la ciudadana habitante de calle, a otro profesional que la atienda, sin poderse apartar de su obligación hasta tanto se asegure la atención. Esto obliga a las instituciones a contar con el personal suficiente y adecuado para informar y atender estas solicitudes. Es importante señalar, que la objeción de conciencia no aplica para brindar información sino solo para la realización del procedimiento (La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 2016).

En este sentido, es necesario para garantizar la vida plena de las mujeres habitantes de calle, adoptar medidas institucionales para acompañar la decisión de aquellas que desean interrumpir el embarazo o que desean continuarlo, no desean maternar. Para ello es importante eliminar los obstáculos en el acceso a métodos de planificación modernos; incluir dentro de los servicios la alternativa de la adopción; que los programas de educación sexual y reproductiva que existen en la ciudad amplíen su cobertura a la población habitante de calle; sensibilizar a los profesionales psicosociales sobre IVE y las rutas de acceso; y generar protocolos de atención adecuados a las necesidades y experiencias de las mujeres habitantes de calle consumidoras de drogas.



RESUMEN INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO. HALLAZGOS Y ALTERNATIVAS

HALLAZGOS	ALTERNATIVAS
Barreras de acceso a la IVE por falta de información, mala interpretación de la objeción de conciencia por parte del servidxr, estigma y estereotipos de género.	Generar acciones comunicativas dirigidas a des estigmatizar la IVE Brindar información en clave de derechos a las mujeres HCSPA sobre la IVE y sus rutas de acceso. Brindar información a mujeres HCSPA sobre la objeción de conciencia en lxs servidores públicos y los límites que ésta impone. Sensibilizar a las mujeres HCSPA sobre los estereotipos de género, la maternidad deseada y el proyecto de vida.
Algunas mujeres desean continuar con la gestación, pero no desean maternar	Identificar las rutas de los servicios de adopción. Acompañar a las mujeres gestantes en la ruta de acceso a los servicios prenatales, a tratamiento de drogodependencia de así desearlo y/o albergues dispuestos para sus necesidades. Acompañamiento psicosocial Brindar información basada en evidencia científica sobre los riesgos del consumo de spa y la gestación. Motivar en su decisión a las mujeres gestantes hasta llevar a buen término el embarazo.



DEMANDAS DE SERVICIOS DIFERENCIALES DE ACUERDO AL GÉNERO Y ORIENTACIÓN SEXO-AFECTIVA DE LAS PERSONAS HC CONSUMIDORAS DE SPA

Existen demandas conjuntas, sin distinción de género, por parte de las personas habitantes de calle que están referidas a una mejora en los servicios básicos que se les ofrece actualmente. En ese sentido, las personas entrevistadas que usan o han usado los servicios que ofrece el Sistema Habitante de Calle pusieron en evidencia varias cosas que se podrían resumir en siete puntos: 1) las instalaciones y el personal contratado del SHC no son suficientes para atender a toda la población que solicita los servicios; 2) Las instalaciones de Centro Día 2 no son adecuadas para la contención de personas consumidoras de drogas; 3) Existen malos tratos e inadecuados por parte de algunos educadorxs hacia lxs ciudadanxs que van desde la burla, la humillación, el insulto hasta la agresión física; 4) la alimentación como los artículos de aseo cada vez son menos y benefician a una menor cantidad de personas; 5) existe una imposibilidad de acceder a servicios de básica una vez se termina el proceso de resocialización y se vuelve habitar la calle o se está sancionado de algún componente; 6) Existe una gran dificultad de acceder a empleos formales una vez se termina el proceso, convirtiéndose éste en un factor de riesgo para la reincidencia de la habitanza en calle; 7) no existe una oferta laboral para quienes actualmente están en habitanza de calle y consumen drogas.

Existen también otras demandas de servicios que están atravesadas por las experiencias sexo-genéricas. Dentro de ellas se encuentra la interrupción voluntaria del embarazo, baños y material higiénico para gestionar la salud menstrual, sensibilización e información de las rutas para la atención de la violencia de género, consultas de ginecología y de urología, acceso a medicalización de las transiciones en personas trans y la modificación del nombre y el componente de sexo en sus documentos de identidad de quienes así lo solicite.

También es importante considerar espacios diseñados solo para las mujeres, más aún cuando estas constituyen el 15% de la población habitante de calle.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Resulta apremiante incorporar la perspectiva de género y los enfoques diferencial y de interseccionalidad en el abordaje del consumo de drogas en el contexto de la habitanza en calle, con la finalidad de hacer más eficaces las intervenciones estatales, organizacionales y comunitarias y así garantizar el restablecimiento de derechos de esta población. De ahí se desprende la necesidad que en la próxima actualización del Plan Estratégico de la Política Pública para Habitantes de Calle se construyan indicadores que crucen las variables *uso de drogas*, *habitanza en y de calle* y *género* con el fin de dar respuesta integral a un fenómeno multicausal e interseccional que en la actualidad está lejos de desaparecer como es el uso de drogas ilegalizadas y la habitanza en calle, así como las afectaciones diferenciales que experimentan varones y mujeres bajo estas condiciones.

Un número significativo de mujeres y varones consumidores de drogas en habitanza en calle se dedican al reciclaje, labor que tiene un potencial económico y que disminuye la huella de carbono. Sin embargo, las relaciones comerciales son inequitativas para esta población en tanto no se les paga un precio justo por el

material recolectado o este es pagado con droga, lo que no solo afecta su autonomía económica, que implica la libertad para poder disponer sobre la inversión de los recursos, sino también cronifica su dependencia a las drogas. Es importante vincular las personas habitantes de calle que se dedican a esta actividad económica a las asociaciones y/u organizaciones de reciclaje, como una forma posibilite su inclusión en laboral.

Sigue siendo una prioridad la prevención de los embarazos no deseados y de las ITS entre la población habitante de calle en general, con lo cual es importante reforzar las campañas de planificación familiar, mejorar el acceso a métodos modernos de anticoncepción a varones y mujeres, así como el seguimiento cuando estos son permanentes.

La atención de las violencias de género hacia las mujeres usuarias de drogas en habitanza de calle, debe ser atendida a través de la ruta del 123 mujer y no social, ya que aquella es la más idónea para responder a situaciones de violencia de género, por lo que los albergues, así como los distintos servicios de acompañamiento psicosocial y jurídico deben de estar adecuados e incluir y atender a esta población. También es importante la caracterización de las violencias de género en el contexto de la habitanza en calle y el consumo de drogas para poder orientar las intervenciones dirigidas a disminuir la ocurrencia de las mismas

No existe estudios sobre las personas LGBTIQ y no binarias usuarias de drogas en habitanza en calle en la ciudad, por lo que se hace urgente la gestión del conocimiento sobre su situación de seguridad y salud

Las personas migrantes HCSPA, especialmente aquellas que no tiene regularizado su estatus migratorio, están expuestas a mayores vulneraciones. Existen dificultades en el acceso a tratamientos especializados para VIH, hepatitis, tuberculosis y superación del consumo problemático de drogas. También la distancia geográfica de su red de apoyo

subjetiva -padre, madre, hermanxs- hace imposible la respuesta familiar de contención ante las crisis, lo que las hace que sus derechos sean aun más vulnerados y que esto sea aprovechado por parte de los grupos ilegales que controlan el microtráfico.

ORIENTACIONES PARA LA INCORPORACIÓN DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN A LA POBLACIÓN HABITANTE DE CALLE

Según la RIOD (2021), existen algunas cuestiones básicas a considerar para incorporar el enfoque de género en el abordaje del consumo de drogas y que permiten valorar el nivel de inclusión de esta perspectiva en los servicios y atenciones de las instituciones públicas y organizaciones sociales. Esto se relacionará con las necesidades identificadas, tanto para que “La política pública social para habitantes de calle de Medellín”, pueda avanzar en la incorporación del enfoque de género, como para que otras organizaciones sociales también puedan incorporarlo.

Desagregar datos. Es importante desagregar los datos por género ya que permiten identificar las desigualdades reales y potenciales que en el contexto de la habitanza en calle y consumo de drogas existen entre mujeres y varones. También permite generar datos estadísticos que puede ayudar a medir y describir la complejidad de estos fenómenos y así gestionar las soluciones más adecuadas. Esto en tanto el consumo de drogas y la habitanza en calle afectan de manera diferencial según el género.

Por otro lado, es necesario involucrar en los formatos y sistema de información la casilla de *nombre identitario* para aquellas personas Trans que no han

realizado la modificación del nombre legal en su documento de identificación, ya que el nombre, como lo ha reconocido la Corte Constitucional, es una manifestación de la identidad personal y del libre desarrollo de la personalidad, por lo que su reconocimiento es determinante para un trato digno y acorde con la identidad de género. En ese sentido, los nombres identitarios no pueden quedar inscritos en ningún registro público bajo la casilla de "Alias" la cual describe el sobrenombre por el que se conoce a alguien en el contexto de calle.

Indicadores. La creación de indicadores con perspectiva de género permite diseñar y desarrollar acciones diferenciales, darle seguimiento y poder evaluar el impacto que los proyectos y programas han tenido sobre la disminución de las desigualdades entre varones y mujeres consumidoras de drogas en habitación en calle. Estos deben quedar incluidos en la próxima actualización del Plan Estratégico de la Política Pública para Habitantes de Calle.

Acompañamiento de expertxs en género. Implementar el enfoque de género es una labor que implica el acompañamiento de profesionales con formación y experiencia en el tema que puedan orientar, diseñar y evaluar las estrategias bajo un enfoque de género. Estxs expertxs serían los encargados también, de la formación constante en género del personal operativo, profesionales y educadores de diferentes dependencias.

Formación permanente. La formación permanente de género del personal que diseña y acompaña las intervenciones dirigidas a la población habitante de calle consumidora de drogas permite adoptar acciones de trabajo colectivo mas equitativas, respetuosas y horizontales. También posibilita que lxs operadores puedan identificar en la atención las inequidades entre hombres y mujeres, puedan eliminar los estereotipos de género y el sexismo en el uso del lenguaje. De igual manera, mejora la percepción de los servicios al mejorar las relaciones entre los funcionarios y beneficiarixs. Esto influye en un aumento de la adherencia de lxs beneficiarixs a los proyectos y/o programas ofertados.

Voluntad e interés de la administración pública. Esta voluntad debe verse reflejada en el diseño y monitoreo de los indicadores de género, así como de un presupuesto suficiente para impulsar y desarrollar las modificaciones -sistemas de información, profesionales, infraestructura, etc.- necesarias para disminuir las inequidades de género en la población habitante de calle en general. De ahí la importancia de aplicar una estrategia dual que conjugue la transversalidad de género con acciones concretas para su desarrollo y con presupuesto suficiente.



BIBLIOGRAFÍA

- Barbieri, T. D. (1993). Sobre la categoría género: una introducción teórico-metodológica. *Debates En Sociología* (18), 145-169. Recuperado a partir de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/6680>
- Brandes, Stanley (2002). Bebida, abstinencia e identidad masculina en la Ciudad de México. *Alteridades*, 12(23), 5-18. [fecha de Consulta 10 de febrero de 2022]. ISSN: 0188-7017. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74702302>
- Cerdeño Pérez, Martha Cecilia. (2017) Mujeres y espacio público de Bogotá, Colombia: 'Un campo de batalla, de riesgo, de miedo'. *Dilemas - Revista de Estudios de Conflicto e Controle Social*, vol. 13, núm. 2, pp. 391-411, 2020. Universidade Federal do Rio de Janeiro
- Dellacasa, Alejandra. 2015. "La construcción del dispositivo médico de la transexualidad." *Revista Internacional de Salud, Bienestar y Sociedad* 2 (1): 27-40. doi:10.18848/2386-7507/CGP/v02i01/27-40.
- Diurno, Romina Mariana. (2019) "*Romper el pacto*". *La prostitución en la construcción de las masculinidades* Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. FLACSO, Argentina
- Documento de Resultado del Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el Problema Mundial de las Drogas. Nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas.", 19 de abril de 2016. En, <http://www.odc.gov.co/Portals/1/internacional/docs/ungass/general/ungass-v1601780-marzo2016.pdf>
- Guía para la formulación e implementación de políticas públicas del Distrito. Secretaria Distrital de Planeación. Alcaldía Mayor de Bogotá. D.C. 2017, En, https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjurMantenimiento/adminverblobawa?tabla=T_NORMA_ARCHIVO&p_NORMFIL_ID=10895&f_NORMFIL_FILE=X&inputfileext=NORMFIL_FILENAME#:~:text=En%20el%20marco%20de%20las,pertinentes%20por%20parte%20del%20Estado.
- Gutiérrez Ramos, Angélica María. (2020). La problemática de adicciones en pueblos indígenas de Colombia y la convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Revista de derecho (Valdivia)*, 33(2), 205-228. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502020000200205>
- Jiménez Rodrigo, M.L., 2010. La feminización del consumo de tabaco: ¿convergencia o desigualdad? *Revista Española de Drogodependencias*, 35 (3), 285-296.
- Jiménez Rodrigo, María Luisa., 2011. Mujeres, abandono de tabaco y barreras de género. *Feminismo/s*, 18, (pp. 39-6).
- Jiménez Rodrigo, M.L. y Guzmán Ordaz, R., 2012. *Género y usos de drogas: dimensiones de análisis e intersección con otros ejes de desigualdad* Oñati Socio-legal Series [online], 2 (6), (pp. 77-96). Available from: <http://ssrn.com/abstract=2111917>
- Kergoat, D. (2009). *Dynamique et consubstantialité des rapports sociaux* En E. Dorlin (Ed.), *Sexe, race, classe, pour une épistémologie de la domination* (pp. 111-126). París: PUF.
- La Discusión del Punto 4. Solución al Problema de las Drogas Ilícitas. Biblioteca del proceso de paz con las FARC-EP. -- Bogotá: Presidencia de la República, Oficina del Alto Comisionado para la Paz, 2018. En <https://www.jep.gov.co/Sala-de-Prensa/Documents/tomo-4-proceso-paz-farc-drogas-ilicitas.pdf>
- Laqueur, Thomas, 1994. *La construcción social del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud* Madrid, Ediciones Cátedra S.A., Feminismos, 1994. 415 pp.

Macías-Valadez-Márquez, Gerardo, & Luna-Lara, María Gabriela. (2018) *Validación de una Escala de Mandatos de Género en universitarios de México* CienciaUAT, 12(2), 67-77. Recuperado en 06 de diciembre de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-78582018000100067&lng=es&tlng=es.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Estadístico Mensual, Noviembre, 2021.

Meneses, Carmen. (2007) *Aportaciones desde los estudios internacionales para el tratamiento de las mujeres con drogodependencia*. Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid, España.

Meneses Falcón, María del Carmen; Romo Avilés, Nuria. (2016). *Malestares en las mujeres y usos diferenciales de psicofármacos: propuestas críticas desde el feminismo* En Adicciones: Conocimiento, atención integrada y acción preventiva. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, España.

Montero, Isabel, Aparicio, Dolores, Gómez-Beneyto, Manuel, Moreno-Küstner, Berta, Reneses, Blanca, Usall, Judit, & Vázquez-Barquero, José L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria* 18(Supl. 1), 175-181. Recuperado en 20 de diciembre de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400028&lng=es&tlng=es.

OMS (2000). Salud mental de las mujeres: una revisión basada en evidencia. Ginebra, Organización Mundial de la Salud: WHO/MSD/MHP/00.1.

OMS (2004). Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe comediado. Informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victoria para la promoción de la Salud (VICHealth) y la Universidad de Melbourne. (2004)

Plan Marco de Implementación. Acuerdo final para la terminación del conflicto y la construcción de una Paz estable y duradera. Gobierno Nacional de Colombia - Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC-EP). 2016

Quinto Informe de verificación de la implementación del enfoque de género en el Acuerdo Final de Paz en Colombia. Secretaría Técnica del Componente Internacional de Verificación CINEP/PPP-CERAC. Bogotá, 2021.

Ramírez Rodríguez, Juan Carlos. (2020) *Mandatos de la masculinidad y emociones: hombres (des)empleados*, Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias Económico Administrativas México, Ed. Pagina Seis S.S, (pp. 191)

Ranea Triviño, Beatriz. (2016) *Analizando la demanda: relación entre masculinidad hegemónica y prostitución femenina*. En Revista Investigaciones Feministas, Vol., 7, Núm 2, pág. 313-330

Rekalde, A. & Vilches, C. (2003). *Drogas de ocio y diversión y perspectiva de género en la CAV* Donostia: España.

Romo Avilés, Nuria. (2001). *Mujeres y drogas de síntesis* Gakoa, Donostia, 2001. P. 282.

Romo Avilés, Nuria. (2010) *La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas* Revista Española de Drogodependencias 35 (3) (pp. 269-272). España

Sáenz, Marga. (2019). *La perspectiva de género en el entendimiento de los patrones de salud y enfermedad de la población*. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental -FEPSM- En <https://fepsm.org/noticias/detalles/158/>



Sandoica Hernandez, Elena (Coord). (2016) *Espacio público y espacio privado. Miradas desde el sexo y el género*. Editores. Abada, España.

PNUD (2015) Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General de la ONU, 25 de septiembre de 2015, Septuagésimo período de sesiones, Temas 15 y 116 del programa.

Toquero Hernández, Marco Antonio, & Salguero Velázquez, María Alejandra. (2013). Los significados de ser hombre asociados al consumo de sustancias psicoactivas. *La ventana. Revista de estudios de género* 4(38), 372-404. Recuperado en 10 de febrero de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362013000200012&lng=es&tlng=es.

Viveros Vigoya, Mara. (2016) *La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación* Debate Feminista, Volumen 52, 2016, Pages 1-17, ISSN 0188-9478, <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>)

Uprinmy Yepes, Rodrigo; Martínez Osorio, Margarita; Cruz Olivera, Luis Felipe; Chaparro Hernández, Sergio; Chaparro González, Nina. (2016). Mujeres, Política de Drogas y encarcelamiento. *Dejusticia*, 2016. https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_834.pdf

Fabregat Costa, A., & Calzada Álvarez, N. MUJERES, DROGAS Y FIESTA Una investigación orientada a la acción. NIDA. 2020, marzo 27. El consumo de sustancias en las mujeres – DrugFacts. Retrieved from <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-consumo-de-sustancias-en-las-mujeres> en 2022, March 6

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF (2020). Manual sobre salud e higiene menstrual para facilitarlas y facilitadores. Mexico, septiembre, 2020

Ramírez Mejía, Y. A. (2015). Factores personales, socio-familiares y de atención asociados a la calidad de vida de los usuarios del Sistema de Atención al Habitante de Calle Adulto de Medellín, año 2015.

Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A., Bagney, A., Cubillo, A. I., Aragües, M., ... & Palomo, T. (2006). Bases psicobiológicas de la adicción a cocaína.

Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia. La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres, 16 de diciembre de 2016. En: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Berbesi Fernández, D., Segura Cardona, Á., Cardona Arango, D., & Caicedo Velasquez, B. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global*, 16(46), 154-181.

Birgisson, NE, Zhao, Q., Secura, GM, Madden, T. y Peipert, JF (2015). Pruebas positivas para *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* y el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria en usuarias de DIU. *Revista de salud de la mujer* (2002), 24 (5), 354–359. <https://doi.org/10.1089/jwh.2015.5190>

Bonsargent, Silvia. (2021). Anticoncepción en las adicciones. *Revista Amada*. Volumen 17, N°1 (2021). <http://www.amada.org.ar/index.php/revista/numero-actual/51-revista/revista-n2-2018/258-anticoncepcion-en-las-adicciones>

Martínez-Moreno, C.X. (2020). Análisis económico de economía colaborativa en una empresa de reciclaje en Bogotá. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Programa de Economía. Especialización en Administración Financiera. Bogotá, Colombia

Ministerio de Salud. (2016) ABECÉ sobre anticoncepción. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-anticoncepcion.pdf>

Oei JL. Adult consequences of prenatal drug exposure. *Intern Med J*. 2018 Jan;48(1):25-31. doi: 10.1111/imj.13658. PMID: 29314518. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29314518/>

Fondo de Poblaciones de la Naciones Unidas (UNFPA). Una Visión, Three Zeros, Informe Anual, 2018.



NOMARTIVIDAD

Constitución Política de Colombia 1991.

Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2020-2030 Oficina de Promoción Social, Grupo Gestión Integral para la Promoción Social, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, julio 2020

Política Pública Social para los Habitantes de la calle del Municipio de Medellín. (2015), Acuerdo 24 de 2015, del Concejo de Medellín

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2019), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019. Bogotá DC.: ODC.

Plan Estratégico 2017-2025. Política Pública para los Habitantes de Calle del Municipio de Medellín.

Política Nacional de Sexualidad, derechos Sexuales y Derechos reproductivos, 2014 (PPSDSDR). Ministerio de Salud y Protección Social. Secretaria de Inclusión Social, familia y Derechos Humanos. Alcaldía de Medellín

Ministerio de Justicia y del Derecho – Observatorio de Drogas de Colombia (2019), Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 2019. Bogotá DC.: ODC.

Resolución 4886 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social. Política Pública Nacional de Salud Mental.

Ley 1438 de 2011

Ley 1641 de 2013

Ley 1566 de 2012

REFERENCIAS CONSTITUCIONALES

(1) Pronunciamientos de la corte en relación a la protección de los derechos de las personas habitantes de calle. T- 376/1993, T- 384/1993, C-040/2006, T-057/2011, T-323/2011, C-385/2014, T-043/2015, T-092/2015, C-281/2017.

(2) Pronunciamientos de la corte en relación a la protección de los derechos de las personas consumidoras de spa. C-176 y C-221 de 1994, T-814 de 2008, C- 438 de 2009, C-574 y C-882 de 2011, C-491 y T 497 de 2012 y T-043 de 2015, T- 1116 de 2008, T- 497 de 2012, T- 518 de 2013 y T-10 de 2016,)

Comunicado 5, febrero 21 de 2022. Sentencia C-055-22

CENSOS HABITANTES DE CALLE – DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVOS NACIONAL DE ESTADISTICA (DANE)

Censo HC 2017

Censo HC 2019

Censo HC 2020

Censo HC 2021







Surge

