

VULNERABILIDAD A LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

EN LAS CIUDADES DE BUCARAMANGA Y BARRANQUILLA



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

VULNERABILIDAD A LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

EN LAS CIUDADES DE BUCARAMANGA Y BARRANQUILLA



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

ISBN: 978-958-8735-12-2

**VULNERABILIDAD A LA INFECCIÓN POR VIH EN PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE
EN LAS CIUDADES DE BUCARAMANGA Y BARRANQUILLA**

© Dirección General de Salud Pública

© Ministerio de la Protección Social

© Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Convenio 168 - Componente VIH

COORDINACIÓN EDITORIAL

Convenio 168 Componente VIH - MPS/UNFPA

Patricia Belalcázar Orbes - Coordinadora

Grace Montserrat Torrente R. - Consultora de Comunicaciones

CORRECCIÓN DE ESTILO: Verónica Bermúdez

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN: Bibiana Moreno Acuña

IMPRESIÓN: Legis

BOGOTÁ D.C. 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director de Salud Pública

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Coordinador de Promoción y Prevención



TANIA PATRIOTA
Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG
Representante auxiliar

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA
Asesora VIH/Sida

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
FUNDACIÓN PROCREAR
BARRANQUILLA

JUAN CARLOS CELIS GONZÁLEZ
Coordinador

ARIEL BANDERAS MANCERA
Profesional de investigación

CARMEN SERGE JÁCOME
ESMERALDA CECILIA MUÑOZ MORALES
Profesionales de campo

ROU JAN DURÁN ROBLES
Operador de campo

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN
CORPORACIÓN CONSENTIDOS
BUCARAMANGA

IRENE SERRANO PARRA

Coordinadora General del Proyecto

ENRIQUE LÓPEZ CARRILLO

Coordinador

SANDRA SERRANO MORA

Profesional de investigación

YOLANDA MANOSALVA VARGAS

ERIC VÁSQUEZ GÓMEZ

Profesionales de campo

JUAN JOSÉ RUIZ ESPARZA

Operador par en campo

BERENICE VALERO PÉREZ

Digitadora

COORDINACIÓN TÉCNICA GENERAL
FONDO DE POBLACIÓN DE LAS
NACIONES UNIDAS (UNFPA)

MARTHA LUCÍA RUBIO MENDOZA

Asesora VIH/Sida





Contenido

INTRODUCCIÓN	11	6. RESULTADOS	31
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13	6.1 Cartografía social	31
2. OBJETIVOS	17	6.1.1 Hallazgos comunes de la cartografía en las dos ciudades	31
2.1 Objetivo general	17	6.1.2 Hallazgos diferenciales	35
2.2 Objetivos específicos	17	6.1.2.1 Cartografía de Bucaramanga	35
3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	18	6.1.2.2 Cartografía de Barranquilla	40
4. MARCO CONCEPTUAL	19	6.2 Contextos de vulnerabilidad colectiva e individual	43
4.1 Marginalidad y exclusión social	19	6.2.1 Sexualidad/afectividad y consumo de sustancias psicoactivas	43
4.2 Personas en situación de calle	20	6.2.2 Género/identidad sexual	45
4.3 VIH y personas en situación de calle	21	6.2.3 Institucional/recursos	48
4.4 Concepto de vulnerabilidad	23	7. CONCLUSIONES	51
4.4.1 Niveles de vulnerabilidad	25	8. RECOMENDACIONES	53
5. MARCO METODOLÓGICO	26	BIBLIOGRAFÍA	55
5.1 Perspectiva de investigación	26	WEBGRAFÍA	56
5.2 Participantes	26	ANEXOS	57
5.3 Proceso de investigación	26	Anexo 1. Esquema metodológico de la investigación	57
5.3.1 Fase n.º 1	27	Anexo 2. Ruta construida con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales	58
5.3.2 Fase n.º 2	27	Anexo 3. Matriz de análisis de la información recolectada	59
5.3.3 Fase n.º 3	28	Anexo 4. Definición de categorías de análisis iniciales	60
5.3.4 Fase n.º 4	29	Anexo 5. Mapa de la cartografía en Bucaramanga	63
5.3.5 Fase n.º 5	29	Anexo 6. Mapa de la cartografía en Barranquilla	64
5.3.6 Fase n.º 6	30		
5.4 Definición de categorías de análisis	30		



INTRODUCCIÓN

La propuesta de investigación para explorar los posibles contextos de vulnerabilidad frente a la infección por VIH en la población en situación de calle —que incluye habitantes de calle y habitantes en la calle— en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla, en los meses de octubre a diciembre de 2010, respondió al interés del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en definir estrategias de conocimiento y aproximación a las condiciones específicas de las personas en situación de calle y, en esta medida, proponer la implementación de acciones articuladas para reducir los posibles riesgos de infección por VIH en esta población.

Este trabajo se desarrolló bajo la propuesta de Investigación - Acción Participativa (IAP), desde diferentes herramientas cualitativas. Por ello, fue fundamental el apoyo de los operadores pares, líderes e integrantes de ‘parches’, con los cuales las dos organizaciones investigadoras (Consentidos en Bucaramanga y Procrear en Barranquilla) han venido desarrollando un proceso de acercamiento y tratamiento comunitario de base desde hace más de 5 años.

Como producto del trabajo realizado, se encontraron elementos de reflexión significativos en torno a los contextos de vulnerabilidad individual y colectiva presentes en esta población, los cuales fueron analizados a partir de categorías relacionadas con consumo de sustancias psicoactivas, prácticas afectivo/sexuales y la utilización de recursos para enfrentar las dinámicas cotidianas que ponen en riesgo y aumentan las posibilidades de infección por VIH.

Por parte de las personas en situación de calle se identificaron vacíos en relación con el conocimiento de las políticas existentes, la baja presencia institucional, la cual no garantiza la inclusión, el respeto y el acceso a servicios integrados de salud.

Finalmente, la investigación permitió fortalecer el trabajo de dos organizaciones de movilización social que asumieron el reto de liderar la iniciativa desde la Mesa Intersectorial de Habitantes de Calle y VIH en cada ciudad, así como apoyar las posibles estrategias pedagógicas que desde el nivel institucional se implementaron con el fin de atenuar los contextos de vulnerabilidad identificados.



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La realidad que representan las personas en situación de calle es la expresión de un problema social que se presenta con mayor frecuencia en las grandes ciudades y se relaciona con el crecimiento y desarrollo de las mismas. Este problema se genera a partir de los cambios urbanísticos de los municipios que se representan en los planes de ordenamiento territorial¹ —tales como recuperación de las zonas históricas de los centros de la ciudad, los espacios físicos y la ordenación de las áreas o componentes socioeconómicos—, la articulación de nuevos actores —población en situación de desplazamiento, etnias, indígenas—, la transformación de las relaciones sociales entre los actores de la ciudad —seguridad— y los nuevos mecanismos de control —vigilancia privada, grupos armados ilegales en la ciudad— que han surgido en la búsqueda de bienestar ciudadano.

Las cifras de pobreza, indigencia y desigualdad en Colombia, publicadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Dane) y el Departamento Nacional de Planeación (DNP), no generan tranquilidad. De los 43,7 millones de habitantes que tiene el país actualmente, casi veinte millones (45,5%) viven por debajo de la línea de pobreza y 7,2 millones (16,4%) en la indigencia y la desigualdad².

En este escenario nacional se incluyen Barranquilla y Bucaramanga, dos ciudades intermedias con procesos de desarrollo diferentes, situadas al norte y oriente del país; la primera como puerto marítimo y la segunda como ciudad de integración fronteriza. En el siguiente cuadro comparativo se pueden apreciar la relación entre presupuesto y número de habitantes de las dos ciudades:

	Barranquilla	Bucaramanga
Presupuesto	\$1.521.750.000.000	\$537.410.746.833
N.º de habitantes	1.200.000	600.000
Personas en situación de calle	2.000	800
Datos tomados de la sección Editorial del periódico www.elfrente.com.co , edición del 3 de diciembre de 2010.		

Como se puede observar, el presupuesto de Barranquilla triplica al de Bucaramanga, tiene el doble de habitantes y, en particular, supera la cifra de personas en situación de calle.

Aunque existen diferencias importantes entre las dos ciudades, también hay similitudes en relación con el tratamiento que se da a la población en situación de calle, con el estigma y discriminación que viven, y la falta de oportunidades y servicios que se brindan desde la red institucional. A continuación se plantean algunos datos sociales, demográficos y económicos de cada ciudad que se constituyen en

¹ POT: Herramienta técnica que poseen los municipios para planificar y ordenar su territorio. Tiene como objetivo integrar la planificación física y socioeconómica con el respeto por el medio ambiente.

² Revista Dinero. Reducir la pobreza el gran reto del Gobierno de Hoy. Editorial Mayo 14 de 2010.

determinantes del problema, teniendo en cuenta que la población en situación de calle se asocia con la pobreza, la falta de oportunidades, la inequidad, la falta de acceso a los servicios de educación, trabajo, salud, vivienda, educación y tiempo libre.

En el caso de Bucaramanga, la ciudad ha ido creciendo de manera acelerada. Hoy cuenta con una población cercana a los seiscientos mil habitantes, distribuidos en diecisiete comunas y diez corregimientos. Este crecimiento y la falta de planificación sobre el mismo ha traído problemas como contaminación ambiental, dificultades en la movilidad, mayor inequidad social y marginalidad. Por su localización estratégica, Bucaramanga es el epicentro para el desarrollo de la industria, el comercio y los servicios del nororiente de Colombia. Actualmente, desde la perspectiva sociopolítica, Bucaramanga está enmarcada en un proyecto de ciudad región competitiva y global que busca preparar a la ciudad para responder a los avances técnicos, científicos y económicos que su posición geoestratégica le demanda.

Tiene una tasa de desempleo de 8,5% y una de subempleo del 38%; el 46,75% de la población tiene necesidades básicas insatisfechas (NBI)³ y ocupa el primer lugar a nivel nacional en cifras de maltrato infantil, maltrato de pareja, violencia entre familiares y delitos sexuales. Según el estudio del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses⁴ y la Secretaría de Salud de Bucaramanga, en el primer semestre de 2010 se detectaron cerca de 626 casos.

Por otra parte, cifras del programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud Departamental indican que en Santander hay un acumulado de 3.506 casos de VIH/Sida desde 1986 hasta noviembre de 2010, que representa una curva ascendente con una relación hombre mujer de dos a uno; es decir, que por cada dos hombres hay una mujer infectada. Del total de casos, los municipios que presentan las cifras más altas son: Bucaramanga, con 2.055; Barrancabermeja, 416; Floridablanca, 264; y Girón, 151⁵.

En lo que respecta a la población en situación de calle, no se cuenta con estadísticas certeras, pues no existe un sistema de registro de información que permita medir con precisión el problema. Según la base de “Cartas de habitantes de la calle” de la Secretaría de Desarrollo Social de la Alcaldía de Bucaramanga, se registra que se han expedido cerca de 1.350 cartas que tienen una duración de un año por persona. Algunas de ellas se duplican según el evento que lo requiera (por ejemplo accidentes, heridas en riñas y enfermedad).

Esta carta de habitante de la calle permite a las personas el acceso a la salud en caso de presentarse una urgencia. Sin embargo, en los recorridos realizados por las ‘galladas’ de la ciudad y las Hojas de Primer Contacto (HPC)⁶ diligenciadas para la investigación, el número de personas no supera a las ochocientas, de las cuales el 20% son mujeres y el 80% hombres con edades que van desde los 14 a los 84 años (los menores de edad son muy pocos) y una escolaridad entre primaria completa e

³ DANE. Julio 30 de 2010. Disponible en <http://www.dane.gov.co>, consultado el 3 de diciembre de 2010.

⁴ Disponible en: www.elfrente.com.co, consultado el 3 de diciembre de 2010.

⁵ Disponible en: www.gobernaciondesantander.gov.co, consultado el 3 de diciembre de 2010.

⁶ Instrumento utilizado para registrar el primer contacto con la población estudio. Recoge datos del contexto de la persona, de quien lo relaciona con el equipo de trabajo, del conjunto de problemas que la persona tiene, su demanda y la respuesta dada.

incompleta del 79%. Sin embargo, si se hiciera el ejercicio de integrar al número total de personas en situación de calle de la ciudad, esta podría aumentar a un total de dos mil quinientos habitantes, los cuales se ubican en el sector centro, viven hacinados en residencias y hoteles, están en el subempleo, consumen y venden drogas, ejercen la prostitución como fuente de ingresos y con frecuencia se les asocia con actividades ilegales.

Durante los últimos cinco años, tiempo en el que la Corporación Consentidos ha desarrollado procesos de intervención social con esta población en la ciudad, se han atendido veinticuatro personas en situación de calle infectadas con el VIH, (tres en el 2005-2006; ocho casos entre el 2007-2008 y trece casos entre 2009-2010), de las cuales cinco son personas trans, ocho son hombres y once mujeres.

También es importante anotar que en Bucaramanga no se cuenta con un sistema de atención que dé respuesta a las demandas de las personas en situación de calle; existe una oficina en la Administración Municipal que se encarga de remitir a las personas a las ONG que prestan servicios de tratamiento y mitigación, expiden la carta de habitante de calle y median en situaciones que tengan que ver con este grupo poblacional.

En promedio, en Bucaramanga existen seis organizaciones que están comprometidas con las personas en situación de calle; algunas ofrecen acciones de asistencia básica (alimentación los fines de semana principalmente), otras de base comunitaria como el centro de escucha Red.30 —las cuales realizan contacto en calle, atienden y remiten a rutas de atención—, y otras más residenciales,

como Shaloom y Funtaluz, que brindan el tratamiento de drogas, y Hogar Jesús de Nazaret y Hogar Camiliano, que atienden casos de VIH/Sida.

Barranquilla, la otra ciudad que hace parte de esta investigación, reporta una población cercana a un millón doscientas mil personas, es la ciudad con la segunda tasa de desempleo más baja del país (9,2%) (Cámara de Comercio de Barranquilla & Fedesarrollo); sin embargo, los niveles de subempleo han aumentado a un 18,3%⁷; el 44,8% de la población está inactiva y una parte importante de esta se dedica a actividades del hogar; el empleo informal está en 56,7%⁸. En el Distrito de Barranquilla se encuentra un 39,44% de personas con alguna necesidad básica insatisfecha (NBI) y un 21,71% está en la miseria⁹.

Adicionalmente, esta ciudad está identificada como una de las receptoras más importantes de personas víctimas de la violencia social y del desplazamiento forzado, específicamente en zonas marginales como Cachacal y Las Colmenas, que se caracterizan por ser lugares de alto consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y porque se encuentran en zonas duramente afectadas por el clima (Codhes, 2006).

El Plan de Desarrollo Distrital 2008-2011 de Barranquilla plantea una serie de programas en el área social que buscan avanzar en la superación de las condiciones de pobreza, inequidad y exclusión, tales como aseguramiento universal, mayor cobertura del Sisbén, atención a pobres sin subsidio, plan de atención básica, implementación del sistema de vigilancia en salud pública, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, control

⁷ Boletín de coyuntura económica de Barranquilla. Cámara de Comercio de Barranquilla y Fedesarrollo. 2010.

⁸ Ibid.

⁹ DANE. Julio 30 de 2010.

a factores de riesgo, atención y educación a la primera infancia, y servicios de salud con calidad y eficiencia en instituciones públicas prestadoras del servicio de salud.

Con respecto a la salud, en el plan de desarrollo actual no se encuentra ningún objetivo específicamente dirigido a la población que vive con VIH/Sida; tampoco contempla programas definidos para usuarios y usuarias de SPA. Aunque en la actualidad existe un hogar de paso, no logra cubrir las necesidades de la ciudad por no contar con programas o acciones para la atención de VIH/Sida o uso de SPA.

La actual administración municipal presentó el programa distrital para resocializar a las personas en situación de calle. Dicho programa comenzará beneficiando a quinientas personas, en alianza con la Fundación del Padre Javier De Nicolás, que tiene una experiencia de más de treinta años aplicando un modelo exitoso de intervención en sectores sociales vulnerables en Bogotá. Los beneficiarios se atenderán en dos módulos, uno para niños y otro para adultos, y estará ubicado en el barrio Rebolo en la calle 17 n.º 32 - 32. El lugar tendrá un comedor, duchas, lavandería, sala de televisión, cancha deportiva y kiosco en un área de 5.000 m².

Finalmente, en Barranquilla se estima que hay 1.000 personas en situación de calle, concentrados en el centro de la ciudad, en Rebolo, Barrio Abajo, Vía 40, zona Cachacal, los alrededores de la calle 30 y el Caño del Mercado. Sin embargo, las apreciaciones que realizan algunas ONG de la ciudad estiman que pueden ser más del doble de esta cifra.

En este marco de análisis expuesto para las dos ciudades, se circunscribe la propuesta de estudiar, conocer y profundizar acerca de los posibles contextos de vulnerabilidad de infección de VIH en este grupo humano que vive de manera permanente graves situaciones de exclusión como consecuencia de mantenerse marginados del desarrollo y las posibilidades que ofrece la ciudad y sus organizaciones. Se espera que el proceso de conocimiento y acción que se describe en este texto permita consolidar respuestas locales integrales que hagan posible el abordaje del problema desde los diversos actores, en la variedad de contextos y con todas las poblaciones en situación de calle.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar y analizar, con y desde las personas en situación de calle y los actores institucionales, los contextos de vulnerabilidad a la infección por VIH de esta población en las ciudades de Barranquilla y Bucaramanga, con el fin de construir conocimiento colectivo para mejorar la oferta institucional y comunitaria en red para poblaciones en situación de exclusión grave, y contribuir al diseño de políticas, planes y programas que coadyuven a impactar las condiciones de vida de las personas en situación de calle frente al VIH/Sida.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conformar un equipo interdisciplinario y dos organizaciones de movilización social (una en cada ciudad) que animen y participen en el desarrollo de la propuesta de investigación participativa.
- Identificar y analizar con las organizaciones participantes, los contextos de vulnerabilidad a la infección por VIH en los aspectos relacionados con: a) educación básica; b) consumo de drogas; c) trabajo; d) salud; e) vida sexual; f) higiene; g) alimentación; h) vivienda; i) situación psicológica; j) seguridad personal; k) legalidad; l) vida de grupo; m) familia, entre otros aspectos.
- Identificar y analizar, en conjunto con las organizaciones participantes, los contextos de vulnerabilidad frente al VIH en población en situación de calle en términos de acceso y uso de servicios de salud con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva (SSR).
- Proponer y realizar una estrategia de divulgación de los resultados.

3. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

Las condiciones de pobreza, exclusión y demás factores que caracterizan el entorno latinoamericano han dado lugar al surgimiento de problemáticas y situaciones que se agudizan con el paso del tiempo y que han empezado a generar la necesidad de ser estudiadas para intentar ofrecer alternativas de intervención.

Es así como en los últimos años la temática de la población en situación de calle ha sido objeto de diversos análisis, discusiones e investigaciones que reflejan no solo el trabajo alrededor de la intervención sino también de la sistematización de experiencias realizadas en algunas ciudades del país, generalmente las capitales, en donde es más evidente esta problemática. No obstante, se considera que los elementos investigativos hasta ahora aportados desde la academia y desde las entidades que trabajan con estas personas aún no son suficientes para la comprensión, y mucho menos para la búsqueda de alternativas de intervención que propendan por la inclusión y la garantía de derechos de la población en situación de calle.

Recientemente, en el año 2009, la Universidad de Antioquia llevó a cabo una investigación acerca de las representaciones sociales de las personas en situación de calle e identificó dos clases de representaciones en la población participante: una de carácter compasivo y otra de temor (Navarro & Gaviria, 2010), lo

cual aportó elementos de comprensión con respecto a cómo se concibe o se percibe en el imaginario colectivo sobre estas personas.

Por otra parte, en la Universidad Nacional de Colombia se desarrolló otra investigación alrededor de la construcción de una red institucional de apoyo para la población en situación de calle: *Tejiendo redes de apoyo: construcción de una red institucional de apoyo para el habitante de calle* (Giraldo et al., 2007), cuyo objetivo giró en torno a abordar la problemática de la habitancia en calle a la luz del modelo de los derechos humanos y la relevancia de las redes institucionales en el proceso de inclusión social de esta población. La investigación identificó las redes institucionales presentes en el centro de Bogotá que atendían en diferentes niveles (prevención, promoción, rehabilitación).

En el área de la sistematización y recopilación de experiencias de trabajo con población en situación de calle se encuentra un documento que identifica, documenta y socializa experiencias de trabajo con habitantes de y en calle en siete ciudades de Colombia (Ministerio de la Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2007). Este estudio ofrece un marco de análisis general y un referente concreto acerca de la oferta institucional que existe alrededor de la atención de la persona en situación de calle.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Marginalidad y exclusión social

El concepto de marginalidad surgió en América Latina en el decenio de 1960 para denotar a los grupos poblacionales que migraban del campo y rodeaban las principales metrópolis latinoamericanas con un cinturón de pobreza.

Según Nun y Marín,

La marginalidad se define como un proceso estructural de formación de proletariado, de nuevos pobres y de constitución de clases sociales. La población marginal pasó a ser caracterizada como carente de infraestructura, de oportunidades educacionales y de empleo, constituyendo un ejército de reserva de mano de obra funcional para la economía porque su presión por puestos de trabajo tendería a hacer bajar los salarios de los obreros (1968; citado por Arraigada, 2006).

De esta manera, la marginalidad se relaciona con una condición de pobreza que aísla a quienes la viven, imposibilitándoles su participación y acceso a las actividades a las que tienen derecho por pertenecer a un territorio o ser ciudadanos.

Esta condición de marginalidad, en la que se circunscriben poblaciones de todas las características en diferentes escenarios y contextos, ha generado limitaciones en las posibilidades de bienestar y derechos desde una perspectiva de igualdad; ello ha significado el surgimiento de otro concepto, el de **exclusión social**. Las personas que no cuentan con las mismas garantías y cuya condición les hace diferentes a lo socialmente establecido, tienden a ser excluidas por la mayoría, estableciendo así brechas cada vez más anchas y profundas entre quienes tienen las posibilidades de desarrollo integral y quienes no las tienen.

El término exclusión, procede del verbo latino *excludere*, que significa echar a una persona o cosa fuera de un sistema cerrado o fuera del lugar que ocupa. En tal situación se podrían ubicar a las personas en situación de calle, quienes son excluidas socialmente y se ubican fuera de las dinámicas normales bajo las cuales viven e interactúan la mayoría de las personas y están al margen de lo que ocurre en la vida de la ciudad, pero a la vez hacen parte de esta.

4.2 Personas en situación de calle

En el marco de la realización de este estudio, participaron dos poblaciones que comparten un mismo escenario: la calle. El primer grupo se denomina habitantes de calle y el segundo habitantes en la calle. Al primero pertenecen personas cuya condición de vida está directamente relacionada con la calle, como lugar de sobrevivencia, en donde no solo duermen sino deambulan, haciendo de sus espacios los lugares de referencia y accionar cotidiano. El segundo grupo, los habitantes en la calle, tienen la particularidad de desarrollar gran parte de sus actividades de trabajo o sobrevivencia en la calle, pero no pernoctan en ella.

En este escenario, estas categorías se diferencian en la teoría pero también en las condiciones que las definen de acuerdo con la relación que las personas establecen con la calle: las personas de calle y las personas en la calle, dos perspectivas de relación y acción a partir de las cuales se desarrollan las diversas actividades cotidianas que hacen parte de la identidad y la definición; a su vez, separadas por una línea a veces imperceptible y en otras ocasiones subrayada de manera explícita.

La definición de persona en situación de calle está dada no solo por el desarrollo de actividades cotidianas circunscritas a la dinámica propia de la calle, sino por la condición fundamental de pernoctar en ella de manera permanente, por establecer relaciones con grupos de pares y por una ruptura con las estructuras sociales establecidas y seguidas por la sociedad, siendo, por ende, excluidos de las mismas.

Según Ruíz et al. (1998; citado en Ministerio de Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2007) las personas en situación de calle son grupos humanos que, sin distinción de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, condición mental u oficio, viven en la calle de manera permanente o por periodos prolongados y establecen una estrecha relación de pertenencia e identidad con ella, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o permanente, en contextos de una racionalidad y de una dinámica sociocultural que les es propia y particular.

Por su parte, el equipo psicosocial del Programa de atención y acompañamiento al habitante de calle adulto de la ciudad de Medellín (2007), considera que una persona en situación de calle es:

Aquel sujeto cuya vida se desenvuelve fundamentalmente en la calle, dicho espacio físico social se convierte en su lugar de habitación y en donde resuelve sus necesidades vitales de supervivencia, donde constituye sus relaciones emocionales y afectivas, donde establece sus condiciones de vida y construye mediaciones socioculturales que le permiten la convivencia con los espacios de ciudad en general (Zuluaga, 2008).

En otra investigación, realizada por la Universidad Nacional de Colombia en el año 2007 sobre experiencias de trabajo con habitantes de calle (para este caso, en situación de calle), se definen como grupos de personas de cualquier edad que, generalmente, han roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hacen de la calle su espacio permanente de vida. Construyen su cotidianidad mediados

por las formas desde las cuales logran satisfacer sus necesidades básicas; tiene altos niveles de consumo de sustancias psicoactivas; construyen formas de comunicación y de relacionamiento propias; se identifican con territorios que les es permitido gobernar y crean medios y formas para resolver sus problemas, incluyendo códigos distintos de las normas sociales predominantes. Tienen, igualmente, formas y estrategias de sobrevivencia desde estructuras y rutinas con las cuales logran resolver el diario vivir.

El concepto de persona en situación de calle ha empezado a estudiarse con el fin de intentar recoger el sentido y significado de las condiciones diferenciales de vida de quienes viven en la calle y quienes hacen de esta su medio de supervivencia.

Investigaciones recientes han destacado lo complejo que resulta definir el concepto de situación de calle dada la variedad de características que lo componen, así como la evolución en el enfoque con que las políticas sociales han significado y actuado sobre esta realidad. Estos enfoques han transitado desde visiones que circunscriben la situación de calle a un problema meramente habitacional de personas excluidas que requieren “reinserción”, a una aproximación que entiende la situación de calle como un proceso en el que se puede entrar y salir varias veces a lo largo de una trayectoria vital. Este proceso se relaciona con la creciente vulnerabilidad de los lazos y prácticas a través de los cuales las personas forman parte de su sociedad (Gobierno de Chile, 2005: citado en Ministerio de Protección Social & Universidad Nacional, 2007).

4.3 VIH Y PERSONAS EN SITUACIÓN DE CALLE

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, conocido como VIH, surgió a principios de la década de los años 80. Los primeros análisis y abordajes partieron del enfoque biológico, que centró su mirada en el comportamiento individual. En esa primera etapa se asociaron ciertos comportamientos y prácticas sexuales a grupos específicos de personas, clasificados como “grupos de riesgo”. Este enfoque, centrado en las “conductas de riesgo individuales”, presupone que los sujetos poseen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad, genitalidad y erotismo, sin tener en cuenta las complejas relaciones de poder que se constituyen en el campo de la sexualidad y los contextos en los cuales se encuentran inmersas las personas. De acuerdo con estos criterios, se hicieron encuestas que indagaban sobre *creencias, actitudes y prácticas individuales* que sirvieron para construir lo que se categorizó como “factores de riesgo” (Sevilla, 1998; Estrada, 2006; citado por documento UNFPA, 2007).

A principios de la década de los años 90 se intentó superar la perspectiva biológica y biomédica, reconociendo que para entender el comportamiento de la epidemia son fundamentales los contextos ambientales y socioculturales de las personas. Se reconsideraron los “factores de riesgo” configurándolos como problemas sociales y se les dio el nombre de “comportamientos de riesgo”.

Sin embargo, esta categoría seguía reduciendo el comportamiento de riesgo a una enumeración de prácticas y conductas individuales que se asumían como factores que predisponen a la transmisión, y continuaba así responsabilizando y culpabilizando al individuo por la transmisión. Se plantearon entonces modelos que se debatieron entre lo culturalista y lo psicologista para explicar la epidemia, pero estas explicaciones se disociaron de los significados de las prácticas sexuales (Estrada, 2006; citado por documento UNFPA).

A principios del siglo XXI se formuló un nuevo enfoque

(...) el cual propone que las desigualdades económicas y sociales constituyen la base de la epidemia y son obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento, pensamiento y creencias, y para el avance hacia procesos más saludables. Esta propuesta desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Parte de la evidencia de que los sujetos interactúan no solo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de las condiciones estructurales y los capitales materiales y simbólicos con los que cuentan. Como señala Pierre Bourdieu “estos recursos se encuentran distribuidos de manera desigual en las personas y están atravesados profundamente por la diferencia de clase” (Viveros, 2003; De los Ríos, 1991 citado por documento UNFPA).

De acuerdo con esta perspectiva, es necesario transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, así como la estructura económica que liga cada vez más al Sida con la pobreza y los grupos marginales (Cresson, 1991; citado por UNFPA).

En los últimos años —partiendo de la comprensión del VIH más allá de las condiciones individuales y atendiendo a los contextos sociales y de exclusión descritos— se ha empezado a realizar análisis en poblaciones específicas cuyas características sociales, culturales y de condición individual pueden poner en riesgo sus procesos de salud-enfermedad.

En este marco de análisis empieza a considerarse a la población en situación de calle como un grupo vulnerable a la infección por las condiciones de salubridad y prácticas de interacción que se dan en los grupos o ‘galladas’, las dificultades institucionales para ofrecer las rutas de atención requeridas y la misma condición de exclusión social a la que son sometidas permanentemente por el resto de la sociedad.



4.4 CONCEPTO DE VULNERABILIDAD

El concepto de vulnerabilidad ha tomado fuerza en los últimos años, especialmente en el contexto latinoamericano —caracterizado por condiciones de pobreza que generan a su vez situaciones relacionadas con marginalidad, violencia, desnutrición, analfabetismo, deficientes condiciones de salud física y mental, entre otros—. Este concepto ha posibilitado un mejor nivel de comprensión de situaciones, grupos y personas que se caracterizan por no gozar de condiciones de bienestar general.

A finales del siglo XX, la percepción de incertidumbre, indefensión e inseguridad era notoria en un gran porcentaje de la población latinoamericana. Estas sensaciones se relacionan con condiciones de vida que se han visto alteradas en términos del acceso al empleo, ingresos, consumo, vivienda, crédito y seguridad social en el contexto de un nuevo patrón de desarrollo que emergió y se consolidó en las décadas de 1980 y 1990 (Busso, 2001).

Estas percepciones se confirman, en cierto modo, con la evidencia de mayor nivel de exposición de los países a los impactos adversos de la coyuntura económica internacional, la volatilidad de los mercados, el aumento de la informalidad y la precariedad laboral, las variaciones en los salarios reales, el retiro del Estado en la provisión de servicios básicos de salud, educación, protección social y con los cambios en las estructuras familiares (Busso, 2001).

El conjunto de estas situaciones no solo ha aumentado las líneas de pobreza en los países latinoamericanos sino que, además,

ha generado un sinnúmero de problemáticas asociadas, las cuales adquieren una dinámica propia, agudizando así situaciones que afectan la calidad de vida, la salud física y mental en poblaciones que se han empezado a denominar como vulnerables por no contar con la satisfacción de sus necesidades básicas ni con las estrategias necesarias para cambiar su condición, a lo cual se suma el precario acompañamiento de instituciones que no priorizan su atención; entre estas poblaciones se encuentran las personas en situación de calle.

Es por ello que el concepto de vulnerabilidad

(...) se ha convertido en un fértil instrumento de estudio de la realidad social, de disección de sus causas profundas, de análisis multidimensional que atiende no sólo a lo económico, como puede hacer la pobreza (al menos en una visión clásica), sino también a los vínculos sociales, el peso político, el entorno físico y medioambiental o las relaciones de género, entre otros factores (Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. 2000).

Este concepto ha permitido, en un amplio sentido, pensar no solo en la definición de las poblaciones que pueden encontrarse en su rango de acción sino también enfocar la atención de instituciones y organizaciones en la urgente necesidad de procurar otras posibilidades de atención y acompañamiento a las poblaciones vulnerables, dado que es precisamente en estas condiciones en las que hay mayor dificultad para ofrecer alternativas viables de superación de ciertas circunstancias.

Por otra parte, el concepto de vulnerabilidad se ha venido estudiando en la medida en

que las poblaciones en el ámbito mundial y también en el latinoamericano, se han visto expuestas a fenómenos (naturales, políticos, económicos) que exigen repensar las condiciones con las cuales se cuenta para atenderlas adecuadamente.

Lo que hoy podría denominarse un enfoque de vulnerabilidad, desde el cual se piensan y se analizan las diversas circunstancias que pueden poner en riesgo la búsqueda del bienestar individual y colectivo, se ha venido construyendo con los aportes de situaciones y personas que han puesto sobre el terreno teórico y social la necesidad de pensar tal concepto.

Algunos de los aportes que han generado el enfoque de la vulnerabilidad se ubican en

(...) la interpretación que los autores de la teoría de la dependencia, durante los años 60 y 70, hicieron de los problemas del subdesarrollo en el Tercer Mundo, como fruto de las estructuras socioeconómicas fuertemente desiguales que se derivan de sus relaciones de dependencia y explotación respecto al Norte. También la reflexión teórica respecto a varios desastres habidos en los años 70, como la hambruna del Sahel o el terremoto de Guatemala en 1976 y la teoría de las titularidades del alimento, de Amartya Sen, publicada en 1981, que explica las hambrunas como consecuencia no de una falta de alimentos provocada por una catástrofe o por el exceso de población, sino como una pérdida del acceso a los mismos por parte de las familias con menos recursos económicos (Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo. 2000).

Los anteriores estudios y aportes han contribuido al concepto de vulnerabilidad, ya no entendido como una situación individual o de acceso a recursos de una colectividad, sino de un conjunto de elementos micro y macro que se conforman de manera sistemática y que dificultan las posibilidades de desarrollo de los pueblos.

En resumen, se entiende el concepto de vulnerabilidad como un referente que permite, en diferentes campos, generar marcos de comprensión y acción en torno a personas y comunidades que se encuentran bajo condiciones que no son favorables desde una perspectiva de calidad de vida y acceso a servicios básicos (salud, educación, vivienda, entre otros). Así mismo, se puede afirmar que en los últimos años, poblaciones clasificadas como vulnerables han empezado a tener la posibilidad de acompañamientos institucionales que antes no eran posibles, pero que aún hacen falta mayores esfuerzos en esta línea de trabajo.

Se podría afirmar que el concepto de vulnerabilidad se ha relacionado poco a poco con poblaciones o grupos específicos, cuyas condiciones socioeconómicas, políticas o físicas revisten situaciones de desventaja y privación. Es así como en estos grupos se ubican las personas en situación de desplazamiento, las víctimas de la violencia, los niños, niñas y adolescentes abandonados y maltratados y, por supuesto, las personas en situación de calle.

En el caso que nos ocupa, en relación con las personas en situación de calle y su posible vulnerabilidad frente a la infección de VIH/Sida, se toma como referencia el concepto de factores de vulnerabilidad propuesto en el marco de otros trabajos de investigación

desarrollados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), específicamente, en la investigación Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres y se toma como referencia conceptual la definición de vulnerabilidad propuesta por Ayres, para quien esta no es un concepto aislado sino que involucra aspectos relacionados con el comportamiento individual, con el escenario y el nivel colectivo donde se desenvuelve el sujeto así como en la relación con el estado; tal concepto permite asumir una mirada más completa y profunda de diversas problemáticas.

4.4.1 Niveles de vulnerabilidad

En el documento anteriormente referido se menciona que, según Ayres et al. (2006), la vulnerabilidad con respecto al VIH se encuentra en las dimensiones colectiva e individual, estando conformada la primera, a su vez, por una vulnerabilidad social y una programática. Estos dos contextos de vulnerabilidad son retomados como parte del marco conceptual desde el cual se analizará la información recolectada en la presente investigación.

En la vulnerabilidad colectiva se incluyen dos categorías: lo programático y lo social. La primera hace referencia a los recursos institucionales, programas o posibilidades (públicas o privadas) de acceso a rutas de atención de los cuales puede disponer una persona o un grupo de personas y que debilita o fortalece las posibilidades de infección. La segunda categoría, lo social, hace referencia al contexto de vulnerabilidad en el cual se implica la relación con los otros, incluyendo elementos culturales, económicos y políticos, que están presentes en la forma en que se asume en un

nivel social la propia enfermedad. Por último, la vulnerabilidad individual hace referencia a las condiciones personales, actitudes y comportamientos que pueden poner en riesgo de infección por VIH. (Ministerio de la Protección Social y UNFPA, 2007).

Asumir este marco de referencia conceptual en torno a los posibles contextos de vulnerabilidad presentes en las personas en situación de calle para la infección del VIH, ofrece elementos de análisis que corresponden con las tendencias de comprensión actuales frente a las dinámicas individuales, sociales e institucionales que complejizan la posibilidad de infección pero también permiten encontrar más caminos en torno a las posibles alternativas para evitar el aumento de las tasas de infección.



5. MARCO METODOLÓGICO

5.1 Perspectiva de investigación

La investigación se circunscribe desde el paradigma de Investigación - Acción Participativa (IAP) que permite el trabajo sobre una realidad que se va transformando con la participación, la reflexión y el trabajo en el contexto de vida de las personas; también facilita la actuación sobre problemas cotidianos e inmediatos y ayuda a mejorar prácticas concretas (Álvarez & Gayou, 2003; citado por Hernández Sampieri, 2006). Su propósito fundamental se centra en aportar información que guíe la toma de decisiones para programas, procesos y reformas estructurales (Hernández et al, 2006: 706). Este es, precisamente, el objetivo de esta investigación: encontrar desde y con las personas en situación de calle y los actores institucionales los contextos de vulnerabilidad que posibilitan la infección por VIH e ir creando alternativas de prevención y atención que se puedan implementar en las ciudades de Bucaramanga y Barranquilla.

5.2 Participantes

El grupo estuvo conformado por veinticinco personas en situación de calle, en cada una de las ciudades (Bucaramanga, Barranquilla).

En el caso de Bucaramanga, la población se distribuyó así: seis mujeres y diecinueve hombres. En el caso de Barranquilla, cinco mujeres y veinte hombres.

El rango de edad de los participantes osciló entre los 22 y 66 años, con un promedio de edad de 35 años. Se mantuvo un grupo estable de ocho personas y los demás variaron por las condiciones de vida, rutinas, uso de drogas y en ocasiones las condiciones climáticas (específicamente en Barranquilla).

5.3 Proceso de investigación

La investigación se desarrolló en seis fases, que permitieron crear el set necesario para poder llegar a los contextos de vida de las personas, vincularlos al proceso de reflexión, movilizar a los actores sociales y proponer y validar rutas de atención con los responsables de las mismas (véase Anexo n.º1).

5.3.1 Fase n.º 1. Contextualización, organización y preparación

Contempló cinco momentos:

- Organización del proceso en el cual fue posible el trabajo con las personas de la calle. Integró la constitución de un equipo que incluyó entre sus miembros a personas pares (personas en situación de calle líderes de los procesos de centros de escucha), quienes constituyeron enlaces importantes y canales de comunicación para con los grupos o ‘galladas’ existentes en el medio callejero, por cuanto conocen el contexto, sus riesgos, formas comunicativas y relacionales y códigos de interacción.
- Formación conjunta (profesionales y pares). Permitió unificar conceptos, contenidos, clarificar el tipo de investigación, definir el tipo de acciones de contacto y la estrategia de búsqueda activa y enganche que permitieran la participación de las personas. Los temas tratados fueron: modelo de investigación cualitativa e Investigación - Acción Participativa (IAP), cartografía social, grupos focales, sentido de los instrumentos, Hoja de Primer Contacto (HPC), entrevistas a profundidad, diarios de campo, construcción de categorías y generalidades en VIH y personas en situación de calle.
- Revisión del marco conceptual en relación con el tema, teniendo en cuenta la propuesta de Jonathan Mann, retomada por los documentos de investigación de UNFPA.
- Construcción de las preguntas orientadoras del proceso de investigación.
- El diseño y práctica posterior de los instrumentos que se utilizaron.

5.3.2 Fase n.º 2. Aproximación a los dos contextos de investigación

Contempló todo el proceso de entrada en el territorio —tanto físico como relacional— de las personas en situación de calle y de los miembros de las instituciones y organizaciones relacionadas con el tema. Esta fase contó con los siguientes momentos:

- **Observación de campo:** ejercicio destinado a entrar en el territorio físico y relacional de las personas en situación de calle. Integró las siguientes acciones:
 - Identificación de las zonas de permanencia de las personas en situación de calle, a través del recorrido por toda la ciudad a diferentes horas del día y de la noche. Este ejercicio fue registrado a través de los diarios de campo, registros fotográficos, diálogos informales y, cuando fue posible, elaboración de hojas de primer contacto (HPC).
 - Se dibujó un primer mapa de la ciudad en donde se ubicaron los diversos grupos.
- **Identificación y contacto con líderes y lideresas de los grupos de la calle:** este proceso se desarrolló con el trabajo de los operadores pares que lideraron al grupo de profesionales. Incluyó actividades de:
 - Construcción de listado de posibles líderes y lideresas a partir de conocimiento previo de los pares o de organizaciones que realizan trabajo de contacto en calle.
 - Acercamiento a las ‘galladas’ y grupos a partir de los operadores pares a través de mediadores como la distribución de

alimentos o el desarrollo conjunto de alguna actividad lúdica.

- Identificación de líderes de grupos o ‘galladas’, generando un proceso de observación sobre las relaciones, diálogos u orientaciones de los miembros del grupo frente a su forma de organización y gobierno.
- **Identificación del territorio desde los actores:** este proceso se desarrolló por medio de las estrategias de trabajo de calle.
 - Contacto con miembros de ‘galladas’: se hicieron recorridos por cada espacio y zona anteriormente identificada y se estableció comunicación con el líder de cada grupo.
 - Se presentó una propuesta de investigación a través de diálogos con el grupo en cada zona identificada en donde el tema de VIH/Sida se convirtió en eje de reflexión y diálogo.
 - Construcción de cartografía social: los participantes dibujaron la ciudad, sus lugares y servicios, las organizaciones e instituciones que les brindan servicios, los actores claves, las relaciones que se establecen entre los grupos, los canales de comunicación que utilizan para comunicarse entre ellos, los otros grupos existentes, los riesgos de cada zona y las posibilidades que ofrece.
 - Socialización de la cartografía: los participantes en un espacio distinto del cotidiano compartieron los trabajos realizados y, posteriormente, reelaboran uno solo, a partir de los aportes identificados en las representaciones pictóricas realizadas de su espacio, la ciudad. Se trabajó desde lo lúdico, de forma

progresiva y combinando alimento, baño, aseo personal, curaciones, canalizaciones, demandas de servicios y vestuario. Como instrumentos se utilizaron diarios de campo, HPC, fotografías y baterías de preguntas orientadoras.

- **Identificación de actores institucionales locales comprometidos y responsables con el problema:** se realizó un listado y un cuadro de redes, se estableció contacto con instituciones en cada ciudad y se llevó a cabo una reunión en la que se presentó la propuesta a todos los actores, incluyendo a representantes de personas en situación de calle.

5.3.3 Fase 3. Recolección de la información con personas en situación de calle y con actores locales

- **Realización de grupos focales:** se desarrollaron seis sesiones de dos horas cada una, que integraban momentos propios para la reflexión y el aporte de información, con momentos dedicados a la lúdica, satisfacción de necesidades básicas y, en algunas ocasiones, tiempos de sueño. Las sesiones fueron cortas, se trabajaron solo tres preguntas por momento. También se realizaron los grupos focales con los representantes de las organizaciones que atienden a las personas en situación de calle.
- **Entrevistas a profundidad:** se realizaron con un grupo de diez personas por ciudad, hombres y mujeres entre 22 y 60 años con las que fue posible ampliar la información frente a algunos temas como género, identidad sexual, prácticas comunes (como el uso de preservativos) y acceso a servicios.

- **Elaboración de rutas de atención por parte de las organizaciones:** se utilizó el estudio de dos casos emblemáticos para analizar la implementación de las rutas en los casos en los que se logró obtener el servicio y también en los que fue posible observar cuáles son las barreras de acceso que impiden la atención (véase Anexo n.º 2).

- **Integración de una mesa permanente de trabajo interinstitucional:** articulada al mecanismo coordinador municipal para que lograra generar alternativas y propuestas de prevención, reducción de daños y riesgos, hacer seguimiento y veeduría a los casos que requirieran de tratamiento, así como compartir y producir información, y hacer actualización en el tema. Como instrumentos se utilizaron las preguntas orientadoras construidas en la matriz, el registro de participantes, fotografías, matriz de la red, actas de reuniones de equipo y ruta construida.

5.3.4 Fase 4. Atención a los casos detectados en el marco del proceso utilizando ruta de atención

Se trabajaron nueve casos en los que se dio respuesta a las demandas, se incluyeron en la base de casos activos, se les abrió expediente y se les realizó el seguimiento del proceso.

5.3.5 Fase 5. Acciones correspondientes a la reflexión, análisis e interpretación de la información con el equipo mixto de trabajo

Para el tratamiento de la información se siguió el siguiente procedimiento:

- Lectura de los diarios de campo en función de la matriz de preguntas orientadoras.
- Revisión de información recolectada en grupos focales y entrevistas en profundidad.
- Codificación de contenidos a partir de las unidades de análisis establecidas en las categorías en cada una de las estrategias de recolección.
- Integración de la información en matriz de análisis, que incluye los dos contextos de vulnerabilidad (colectivo e individual) y las categorías de análisis definidas para la investigación (véase Anexo n.º 3).
- Cada matriz fue revisada por los miembros del equipo y se realizaron las reflexiones y aportes a la misma. Una vez establecidos los elementos generales, se validó tanto con el grupo de personas en situación de calle como con los actores institucionales.

5.3.6 Fase n.º 6. Elaboración del informe final

Correspondió a la elaboración del informe que integró el proceso desarrollado, el cual se materializó en la guía de trabajo, la ruta construida y validada, y los casos que se vienen atendiendo como producto de este proceso de trabajo.

5.4 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Con base en los marcos de análisis y conceptual propuestos en la investigación, inicialmente fueron planteadas siete categorías de análisis para ser abordadas desde la perspectiva de contexto de vulnerabilidad colectiva e individual, a saber: género/identidad sexual, ciclo vital, sexualidad, sustancias psicoactivas, recursos, instituciones, estigmatización y discriminación. En el Anexo n.º 4 se definen cada una de ellas.

Una vez recolectada y analizada la información (véase Anexo n.º 5), el equipo de trabajo reconfiguró las categorías propuestas y se establecieron finalmente tres categorías que, desde la perspectiva de los contextos individual y social, arrojaron insumos de reflexión e interpretación que pueden orientar la toma de decisiones frente a las posibles estrategias de prevención a desarrollar con esta población en las dos ciudades:

1. Sexualidad, afectividad y consumo de sustancias psicoactivas
2. Género/identidad sexual
3. Institucional/recursos/programas

Una vez codificada la información por cada una de las categorías, se procedió a ubicarla en una matriz de análisis, teniendo en cuenta las tres dimensiones: social, programática e individual.

6. RESULTADOS

6.1 Cartografía social

Pensar el territorio donde están las personas en situación de calle implica una importante participación de sus integrantes, pues son ellos/as quienes conocen su historia, sus dinámicas y se desenvuelven constantemente en él. La cartografía participativa es una herramienta articuladora del lenguaje entre los miembros de una comunidad que vive y experimenta el espacio de una manera particular, y que se vale del ejercicio de la palabra para identificar lo que se quiere y representa.

El ejercicio desarrollado constituye una propuesta de construcción de conocimiento de manera colectiva; es un acercamiento hacia la realidad de las personas en situación de calle percibida desde ellas mismas. Esta práctica colectiva ha logrado reflejar la representación que los sujetos tienen del espacio físico, de los recursos, de las relaciones sociales y de las posibilidades que se les brinda para su existencia en tanto sujetos de derechos.

6.1.1 Hallazgos comunes de la cartografía en las dos ciudades

Espacios significativos

En los mapas elaborados por parte de las personas en situación de calle, no se registran todos los lugares en donde viven determinados grupos o personas que se encuentran en esta situación (en contraste con los recorridos realizados por el equipo); solo se ubican algunos lugares —Centenario y el estadio para el caso de Bucaramanga; Cachacal y las Colmenas para Barranquilla—, los demás no son representativos, ya que no son parte de las rutinas y actividades que los sujetos participantes realizan todos los días.

Este planteamiento tiene como fondo elementos asociados al concepto de identidad, que se constituye en un referente fundamental de igualdad y diferenciación con otros como resultado de:

los procesos socio-históricos, donde se entrecruzan la historia de vida personal, la historia del barrio o la comunidad, la historia familiar, las condiciones materiales de vida, las representaciones sociales que los demás (los “otros”) construyen sobre cada sujeto y su grupo de pertenencia y la memoria que de ellos se tiene (Tevella & Urcola, 2007).

Esta identidad se ha ido construyendo en el tiempo gracias a la interacción entre las personas en situación de calle y la ciudad; los y las ciudadanos/as les han ido otorgando un lugar/acción/quehacer en el marco de la dinámica de la ciudad y los ha asociado con muchos de los fenómenos de inseguridad, violencia y delincuencia, construyendo de esta manera un proceso de estigmatización que lleva a que unos y otros desempeñen los roles que se les han predefinido.

Así mismo, las personas en situación de calle organizan sus espacios de acuerdo con las posibilidades que ofrezcan para sentirse protegidos e invisibles, de cierta manera, para la sociedad, de hallar respuesta a sus necesidades de alimentación, retaque, abrigo, protección de las condiciones climáticas, aseo personal, intercambio o trueque de objetos por drogas o dinero, compra y consumo de sustancias con algún nivel de seguridad:

“Mire profe, este sector es mejor que en el parque centenario ya que allá arriba la policía jode mucho y no nos dejan dormir, también ese ‘parche’ es muy boleta, y otra cosa es que allá arriba en el parque centenario hace mucho frío, estamos cerca a la alcaldía y a la policía, aquí el clima es calientico y más rico para dormir solo necesitamos de cartones y acá no nos joden para nada y no molestan, como saben que no consumimos que solo dormimos. Profe, mire, acá estamos cercanos a todo, es decir a las recicladoras para que nos compren las vainas que recogemos, estamos cerca de las ollas¹⁰, acá no hay tanto vicio y demonios [personas que los invitan a consumir] como en la cuarta que allá sí ‘pailas’ si usted quiere caer y no volver a aparecer váyase pa’ la cuarta, aparte de que venden vicio, el vicio de allá es más rico que el de la 30, los demonios son bastantes, allá sí es la zona de la pólvora (basuco) de la propia, no como aquí en la 30 que es muy fea, es pared raspada con bicha. Y acá en parte de la cuarta hay residencias y hombres que lo invitan a uno a quedarse en la residencia y ya empieza uno a cambiar, a tener una buena vida”.

Percepción de seguridad vs inseguridad

Para la población en situación de calle no todos los lugares son seguros, algunos tienen un mayor nivel de seguridad que otros. La seguridad está asociada básicamente con la posibilidad de no ser violentado o muerto en “brigadas de limpieza social”. La inseguridad es un tema crítico y de preocupación permanente, relacionado con la percepción que la ciudad tiene de ella y del peligro que representan para la seguridad en general. Es como si la misma lectura se hiciera de los dos lados, cada uno de los extremos es percibido como peligroso: población en situación de calle vs ciudadano común. Para las personas en situación de calle los actores de la inseguridad son los representantes de la seguridad para la ciudadanía: los agentes de vigilancia privada en primera instancia, en segundo lugar la policía y otros grupos de “jóvenes pandilleros” (caso de Bucaramanga) como tercer actor. Los actores que representan seguridad para las personas en situación de calle son algunos guardias que los dejan ‘parchar’, vendedores ambulantes, dueños de almacenes que a cambio de limpieza o cuidado les dejan quedarse en sus andenes, campaneros de las ‘ollas’ y los jíbaros que ayudan a controlar las situaciones problemáticas que se generan entre ellos/as o en el territorio de consumo:

10 Ollas: palabra que hace referencia a puntos identificados en los cuales se expenden y consumen psicoactivos.

“Acá ya no es como antes, la policía jode mucho por este sector, también los celadores y se vuelve muy peligroso; el grupo de personas que se quedaban en el parque Romero se acabó por que llegaba mucho vicioso y eso generaba que la policía nos cogieran a palo y nos sacaran... Nosotros antes dormíamos al frente de la estación de bomberos ya que era un andén muy amplio y seguro porque al frente había guardias de los bomberos y si alguien llegaba, nos cantaban la zona para que no nos hagan daño... acá nos cuida un celador y los jíbaros de la zona porque nosotros ayudamos a cuidar la zona... Pues nosotros llevamos bastante tiempo (5 años) por esta zona y ya los celadores no nos joden ni molestan. Estamos más seguros acá al lado de la Cruz Roja y la policía por si nos joden. Ya acá nos conocemos todos y además ya la gente que vive acá nos da camello y algunos nos dan comida y ropa y nosotros ayudamos. Estamos cerca de las ‘ollas’ y en un lugar donde la policía jode pero no tanto, a las personas que son nuevas o vaguitos que vienen por acá a consumir y a comprar pero a nosotros ya no, a los que no son de la calle sí... profe, usted acá está más seguro que en la 30 o en la 28; mire profe, acá no se aceptan las agresiones entre los habitantes de la calle, como también se prohíbe el robo y abuso hacia las mujeres, acá se prohíbe que un habitante de la calle robe a personas que pasan por la zona. Eso no es como estar en la 28 o en la 30 que allá sí se prestan para cualquier vuelta, acá no, acá es de respeto, como estar en la cárcel. Mire profe acá hay 9 líderes los cuales están encargados de cuidar y asegurar el perímetro de la zona, es decir, somos los que calmamos las agresiones y prohibimos cualquier atraco o visaje, también aceptamos o no aceptamos a algunos habitantes de la calle, ustedes acá están más protegidos que cualquier habitante de la calle, esto que usted está haciendo hoy no lo hace nadie, y eso se agradece, mire, la vez pasada iban a abusar a una china y todo el combo de la cuarta lo prohibió porque eso es dañar el ‘parche’, acá es igual que la ley en las cárceles, el que la hace la paga, acá es peligroso pero su peligro está en el fondo, por fuera fresco”.

Cotidianos de vida

La cartografía muestra los cotidianos de vida de las personas en situación de calle de cada ciudad, las dinámicas que viven, sus rutinas y normas básicas. Se reflejan los lugares en donde pueden deambular, dormir, comer, y la forma como distribuyen sus tiempos:

“la comida que no falta y pido limosna, también tengo una ranchita y duermo, reciclo, yo solo me doy mi lugar en el ‘parche’; las mujeres hacen lo mismo que uno, ellas siempre han querido ser mantenidas, pero ellas tienen las mismas obligaciones, reciclar, retacar y consumir ¿a dónde voy?, al mismo ‘parche’ de vez en cuando por abí a Cabecera... Pues normal, como todos los días de los habitantes de la calle, dormir, consumir y retacar y ya, ¿a dónde voy?, pues mire los domingos me voy para el estadio y después al centro a consumir y ya es dormir, consumir y comer y ya, ¿a dónde voy?, a ningún lado, a la calle y ya... Pues un día normal mío es buscar que comer y rebuscarme desde temprano hasta tarde... a ver, yo duermo a las 4 de la tarde después me despierto a recuperar vendiendo cosas, consumo pipa y listo de una a camellar¹¹ otra vez”.

¹¹ Camellar es una referencia a las actividades de rebusque diario, de trabajo.

Relaciones entre el grupo y el entorno

Permiten entender los mecanismos de control que regulan la vida en grupo, entre los grupos y con la comunidad. Se encontró que el poder del grupo se adquiere por medio de la fuerza y la capacidad de controlar el entorno, y que es en muchos momentos la violencia física y armada la que impone el respeto y el liderazgo. Este poder puede ser ejercido por cualquier persona sin importar la edad o género.

“Hay personas que por ser mujer, que es agazapada, aprender también a pararse en la raya, como dicen, van y le piden una moneda a uno y uno se la da, lo cortan una puñalada y en desventaja lo bajan a uno de categoría y pierde una personalidad... En otros ‘parches’, como la 28, es muy peligroso, allá todos se prestan para cualquier vuelta y yo allá tengo muchas liebres (enemigos)... yo fui la que armé ese ‘parche’, hace bastante, ahí no dejaban fumar, ahí tampoco dejaban arrimar a gente, yo no sé, el celador me comenzó a cargar la buena y yo comencé a armar el parchecito pequeño, a que llegara la gente, a que ese ‘parche’ mantuviera limpio, y así llegaba la gente y nos veía y nos empezaban a dar almuerzitos, yo era como la líder”.

La relación con la comunidad se da a partir de beneficios que se proveen mutuamente las personas en situación de calle con vendedores ambulantes de alimentos, principalmente. Limpiar, barrer, cuidar y lavar son las actividades que se intercambian por comida, a veces por ropa o dinero.

“Pues yo en el trabajo, yo me gusta reciclar, he retacoo, pidiendo una monedita o vendiendo un lapicero, bolsitas de aseo para sobrevivir; en la noches en lo mío, en la pipa... Obvio de que soy una guerrera y que como yo hay pocas mujeres que duermen en la calle y más en calle sola... es que sufre mucho uno, que llegue algún hijuemadre y coja a pegarle a uno o algo, usted sabe que un hombre tiene más fuerza que una mujer, por eso yo me paro en calle, obvio”.

Presencia institucional en las zonas

En los mapas construidos se encuentra una muy baja identificación de entidades que actúan en relación con las necesidades y demandas de las personas en situación de calle. Son algunos centros de salud y hospitales los que se ubican mayoritariamente, al igual que las entidades que hacen acciones de acercamiento y primer contacto. En las expresiones que acompañaron la realización de la cartografía, se evidencia la sensación de abandono y poca atención de la que son objeto las personas en situación de calle por parte de las instituciones y/o personas de la ciudad.

“Acá nos tienen muy olvidados, esa gente de la alcaldía y del gobierno no ayuda a los habitantes de la calle... Solo viene la Red.30 a jugar con nosotros, a hablar y a comer no más. Acá donde los desechables ya nadie viene, nosotros nos jodimos bastante... solo el padre Nicolás con sus almuerzos. Procrear... ah y el hospital...”.

6.1.2 Hallazgos diferenciales

6.1.2.1 Cartografía de Bucaramanga

Para desarrollar el ejercicio de construcción de la cartografía, el equipo de trabajo articuló la experiencia de la Corporación Consentidos, producto de seis años de trabajo comunitario, el conocimiento previo en trabajo de calle, los vínculos existentes con la población en situación de calle de Bucaramanga, con los líderes de opinión de la comunidad y con la red de recursos. El ejercicio estuvo fortalecido con la participación y el apoyo de los operadores pares y comunitarios, y los miembros de la minoría activa de la comunidad local.

Cada fase del ejercicio estuvo guiada por los objetivos específicos articulados a los intereses de la investigación, y se desarrolló en un contexto que permitió la construcción del conocimiento y la reflexión individual y grupal. Estos elementos fueron fundamentales para lograr integrar los contenidos; el rescate de las experiencias y los recursos personales y sociales de cada participante, complementaron el ejercicio.

Ubicación de espacios geográficos

El ejercicio logró mostrar la existencia de siete sectores de la ciudad que se han convertido en territorios geográficos definidos, desde los cuales las personas en situación de calle construyen sus cotidianos de vida y dan respuesta a sus necesidades y demandas. Estos lugares, a su vez, se constituyen en espacios de inseguridad y peligro para el contexto general de la comunidad de Bucaramanga. A continuación se describe cada uno de ellos:

• Sector n.º 1: ‘parche’ de la 14 con 28

Comprende las calles 28 y 29 entre Cra. 14 y 15; alrededor se encuentra una bodega de materiales industriales, también queda un concesionario de vehículos, tres almacenes de venta de maquinaria pesada y dos para ornamentación, cuatro recicladoras, dos ‘ollas’; se ubica el mercado de pulgas de chatarrería o cosas previamente recicladas. Este sector es importante para las personas en situación de calle por las oportunidades en el reciclaje, ocupación en el bodegaje y la posibilidad de vender los productos que consiguen en la calle como cajas de cartón, botellas y papel. Los objetos no biodegradables (botellas plásticas, cobre, metales) los venden a los mercaderes de las pulgas.

En el lugar hay una bodega que cubre el 70% de la cuadra, esto hace que las personas se puedan ubicar sobre el andén y construir sus ‘cambuches’⁴², sentarse a descansar, vender y/o consumir.

“Aquí es distinto en el día que en la noche... porque todo no se puede hacer en el día... en el día solo se encuentran los vendedores y algunos de nosotros... pero después todo cambia, nos reunimos para estar... Se consume un poco y llegan otros que solo vienen a comprar y consumir... este espacio es a veces inseguro... Por eso no todos nos quedamos aquí... Venimos un rato... y parchamos en el centro... Aquí es inseguro... hay poca luz... le puede pasar a uno algo... Aquí nos reunimos bastantes, menos mujeres, más hombres, por grupos, unos somos más parceros¹³ que otros...”

• Sector n.º 2: ‘parche’ de San Miguel, Puerta del Sol

Comprende desde el puente, hacia el sur de la ruta para Floridablanca, el Parque de las Hormigas, intercambiador de la Puerta del Sol, viaducto La flora y diagonal 15 con calle 56.

En este espacio se focaliza un promedio de 25 personas en situación de calle, la mayoría está ubicada en el intercambiador, es el ‘parche’, según ellos, con más historia en la ciudad de Bucaramanga.

“Pues es vivir a toda en la calle, comer y dormir, tener un ‘parche’ y pasársela de un lado a otro cambiando en la calle, eso es, yo tengo mi ‘galladita’ que somos como diez en el ‘parche’ de la Puerta del Sol y allá nos defendemos, a veces tomamos bastante y nos empipamos, del resto vagar y en la locha”

Las relaciones que se presentan no son de jerarquías sino de igualdad y de unión.

“Mire profe, en el ‘parche’ donde estoy todos somos todos, allá no hay cacique, como tampoco hay mandos, cada uno sale y se rebusca la comida, y a veces se comparte el consumo del resto; cada uno se defiende, antes si uno ayudaba ahora ya no, simplemente hay que mantener esto limpio y ya (...) Nada, que irrespete al grupo, también que se trabaja acá para todos, si todos reciclamos, todos consumimos y nos repartimos las bichas que hagamos; eso sí, la comida... cuando nos visitan al ‘parche’, si no, problema para todos igual”

El tránsito peatonal por el sector del ‘parche’ de la Puerta del Sol es mínimo ya que es una vía acelerada para los automóviles y buses que se desplazan desde Floridablanca hacia Bucaramanga. Los alrededores del intercambiador de la Puerta del Sol están arborizados y llenos de vegetación, circunstancia que aprovecha la persona en situación de calle para dormir, consumir o simplemente descansar; algunos residentes del sector los agreden con agua fría o llaman a la policía, generando atropellos contra el ‘parche’:

“mire profe vengo del ‘parche’ de San Miguel, los que nos acostamos debajo del intercambiador de la Puerta del Sol tenemos un problema y es que nos está jodiendo la policía bastante y por eso queremos venirnos para otro lugar y venirme yo de ese ‘parche’ hasta que pase la montadera con nosotros”

Las redes que presenta ese ‘parche’ son reducidas por el actuar de la policía, pues los hacen desplazar por todo el sector, generando segregación y estigmatización en el grupo:

¹² Cambuches: espacios construidos para dormir o consumir.

¹³ Hace referencia al grado de confianza o amistad que puede existir entre ellos.

“pues que somos pa’ ellos los ladrones, los basuqueros y los porquerías más grandes de la ciudad, cuando no ven en verdad a los duros jíbaros, a ellos si no les hacen nada de nada a nosotros si pailas... la policía viene bastante pero a quemarnos los colchones y punto”.

Hay otras redes comunitarias que conocen al ‘parche’ de hace tiempo, otorgando la identidad que los representa en el sector:

“más personas que nos traen comida, hoy sábado en la mañana un señor nos trae desayuno y rico comer, otro nos da los lunes, los martes y viernes, nos vamos para Campo Hermoso, allá donde el pastor Ricardo, y ustedes que vienen acá, de resto nadie más, ni la alcaldía... ¡ah! y mamá Socorro nos ayuda a darnos comida, y la de la casa de la mujer en San Alonso pero ya se acabó, porque todo el mundo regalaba la ropa que le daban”.

El ‘parche’ de San Miguel se mueve entre el centro de Bucaramanga y el sector del sur; por tal motivo, el “voz a voz” que realizan en el centro es de importancia para que ellos conozcan o tengan conocimiento de actividades o brigadas para las personas en situación de calle de la Puerta del Sol.

• Sector n.º 3: ‘parche’ Romero

Comprende las calles 45 hasta la 42 y la Cra. 10 hasta la 12; en el centro de estas calles está el parque Romero, rodeado por el edificio de la Cruz Roja, la Secretaría de Salud Departamental y el Cementerio Central de Bucaramanga. Estos edificios, por su antigüedad, tienen amplios y largos miradores y rendijas donde las personas en situación de calle se pueden ubicar para poder descansar...

“Estamos más seguros acá, al lado de la Cruz Roja y la policía por si nos joden”.

En las calles 44 hasta la 42 con carrera 12, lo limita la estación de bomberos de Bucaramanga y locales que venden flores al por mayor y al detal. Esta zona tiene actividad variada para las personas en situación de calle, especialmente en horas de la noche y la madrugada; en el día solo se encuentran dos o tres personas en situación de calle realizando labores de vigilancia de vehículos. En la noche se ubican al frente de la estación de bomberos que tiene un andén amplio, un mirador y árboles que cubren parte del techo; en ese sitio pueden dormir con tranquilidad. *“Pues nosotros llevamos bastante tiempo (5 años) por esta zona y ya los celadores no nos joden ni molestan”.*

En el día, la mayoría de personas en situación de calle se desplaza hacia Campo Hermoso o hacia el centro de la ciudad de Bucaramanga y vuelven en horas de la noche: *“ya acá nos conocemos todos y además ya la gente que vive acá nos da camello y algunos nos dan comida y ropa”.*

En los recorridos que se realizaron, y a partir de los comentarios de las personas en situación de calle, se puede afirmar que esta zona es percibida como un espacio neutral para todos. Sienten que allí tienen libertad para participar en actividades como las brigadas y encuentros deportivos:

“bien bacano, nos dan cosas, así sean usadas pero nos dan... Ay profè... chévere, ¿no ve que por fin nos podemos bañar sin pagar y afeitarnos con cuchillas nuevas, y nos dan cepillo nuevo y toallita y jaboncito? ... ah eso sí falta la atención odontológica que es muy importante para nosotros”.

• Sector n.º 4: ‘parche’ de la 30

El ‘parche’ de la 30 comprende la calle 30 entre cra. 18 y 16, (en pleno centro de la ciudad). Sobre la calle 30 con 17 hay dos residencias, cuatro talleres, un restaurante, una veterinaria y una tienda esquinera, muy concurrida por las personas en situación de calle para comprar cigarrillos, fósforos y el llamado “Yo me mato” (aperitivo de aguardiente).

En la siguiente cuadra se encuentran cinco residencias, de las cuales dos son expendios de venta de consumo. Dos restaurantes y varios talleres de venta de vitrinas y ornamentación. La mayoría de las personas en situación de calle se ubican allí para consumir y dormir sobre la 30 con 17 y 18 y solo bajan hacia la 16 a comprar el consumo o a retacar. *“Mire profe la 30 es un lugar diferente es muy peligroso lleno de muchos enemigos pero acá no hay tanto vicio y demonios como en la cuarta, que allá sí pailas...”*.

En este ‘parche’ se ubican alrededor de veinte personas en situación de calle, siendo en las horas de la tarde o la noche donde más se encuentran. Se ubican en esta zona dos jibaros que compran o consiguen el consumo en cualquier olla y lo llevan hacia el ‘parche’ para revenderlo a las personas en situación de calle que se ubiquen en el sector. También se evidencia en este ‘parche’ la presencia de bastantes jóvenes que se dedican a hurtar a los transeúntes del sector.

En este ‘parche’ permanentemente se presentan grescas que terminan en puñaladas o agresiones físicas y verbales. Las personas en situación de calle identifican la presencia de las organizaciones no gubernamentales

y a la policía como los referentes de apoyo cuando se requieren los servicios médicos, para curarse heridas producto de estas peleas. *“Cuando nos hieren, si estoy en la 30, la Red.30 nos ayuda, o si no los ‘tombos’¹⁴ ... si estoy en la cuarta, pailas, y aguantarse para venirse para acá a pie y que nos lleven al hospital universitario”*.

REPRESENTACIÓN DE BUCARAMANGA

Los participantes dibujan los espacios (véase Anexo n.º 6) que perciben como parte de la ciudad, que han internalizado y que conocen desde su experiencia en la calle. A pesar de no ser tan significativos para su diario vivir, reconocen la institucionalidad, dibujan las entidades públicas como la Alcaldía, la Gobernación y la Policía. Es importante anotar que los parques no son identificados como sitios de esparcimiento sino como lugares de referencia para ubicar ‘parches’, servicios o zonas de tránsito; sólo algunos son considerados como espacios para el consumo de drogas.

Las grandes avenidas que atraviesan la ciudad¹⁵ fueron referenciadas como rutas seguras de movilidad para ir de un lado a otro. A cada ‘parche’ que ubicaron dentro del mapa le identificaron los sitios a donde pueden acudir por alimentación, retaque, baño, consumo y reciclaje (actividades básicas y a la vez fundamentales de su diario vivir), circunscribiendo gran parte de su cotidianidad a espacios concretos y delimitados físicamente; solo recorren grandes distancias cuando se trata de vender los objetos que han recogido de reciclaje.

¹⁴ Policías.

¹⁵ Carrera 27, carrera 33, Avenidas Quebrada Seca y la Rosita, Diagonal 15.

El ejercicio realizado también ayudó a evidenciar los vínculos y las relaciones que se dan entre los ‘parches’, con lo cual se pone de manifiesto la cercanía entre el ‘parche’ de San Miguel con el del Parque Centenario y el de la 14 con 28. Estos tres ‘parches’ tienen buenas relaciones, comparten consumo, información y se ayudan con las actividades de reciclaje. Por el contrario, el ‘parche’ del estadio tiene más cercanía con el ‘parche’ de la cuarta.

El ‘parche’ del Parque Romero tiene cercanías con el del Parque Centenario debido a que hay un sector común del espacio en el que se ubican; estas personas comparten escenarios, servicios, sitios de consumo y lugares para la venta del reciclaje.

Al realizar las representaciones gráficas, los participantes ubicaron rápidamente los sitios de consumo de psicoactivos debido a que esta es una actividad que hace parte de su cotidianidad y que puede indicar algunos elementos de análisis en torno a la investigación:

“la cuarta (...), el sopladero más grande que tiene Bucaramanga (...), una olla (...), ¡Haaaaa!, el lugar de más destrabe que hay (...).”

Otros lugares de consumo identificados fueron la 23, la 14, la 30 y San Miguel, que son ubicados y representados por una hoja de marihuana. Se concluye que además de consumir también se duerme.

También señalaron los lugares que son utilizados para dormir, como la 23, el corredor de la avenida Quebrada Seca desde la 33 hasta la 15 y el ‘parche’ del parque Romero y Alfa,

sobre la 27, que son sitios adecuados para dormir “protegidos”.

De la misma manera, identifican aquellos espacios que son buenos para sus actividades de retaque¹⁶, las cuales identificaron con el símbolo pesos (\$).

Frente a los lugares de reciclaje y de alimentación, se destacó la carrera 14 como el sitio de mayor concentración de recicladoras, sobre los alrededores de la calle 30 y avenida Quebrada Seca. Identifican Cabecera como un buen lugar para la comida y el retaque. También la plaza de mercado central.

Ubican sitios religiosos como la Catedral de la Sagrada Familia. Comentan que allá también les dan comida y ellos pueden ir a rezar. Es tal vez la única iglesia a donde los dejan ingresar a orar. En cuanto a su percepción frente a los lugares a los que pueden acudir por servicios de salud, el Hospital Local del Norte, el Hospital de Santander y el Centro de Salud Girardot son identificados como únicos espacios en la ciudad que les atienden si así lo requieren.

“Si usted va a una clínica o a un centro de salud, allá primero miran quién es, qué plata trae, que si tiene para pagar la consulta o si viene recomendado (...). Ahora que yo estuve enferma, por medio de la Red.30 me atendieron en el puesto de salud de Girardot (...). A mí, al González Valencia (...). En la fractura de mi hijo, me atendieron sin papeles por la Red.30 y no me cobraron ni un peso (...). En el Girardot me atendieron y me revisaron al niño, y me pasaron a sacar los exámenes al Norte, y del Norte otra vez al Girardot, y del Girardot al Universitario”.

¹⁶ Hace referencia a pedir dinero o comida, a las personas de los negocios o transeúntes.

Cuando algunas de las personas vive con VIH/Sida, manifiesta no disponer de información para solicitar la atención, *“no sabemos quién nos puede atender (...) Donde le ayudan bastante y les colaboran bastante es la Liga contra el Sida, ahí es donde le hacen todo el papeleo y toda esa cosa, o Red.30”*.

Finalmente, la calle, a pesar de ser su espacio de dominio y de vida, también les representa peligro para su integridad. Es así como utilizaron el símbolo de la muerte para señalar aquellos espacios en los que pueden golpear y matar a una persona en situación de calle.

6.1.2.2 Cartografía de Barranquilla

Para desarrollar el ejercicio de construcción de la cartografía, el equipo de trabajo articuló la experiencia acumulada a lo largo de tres años de trabajo comunitario que viene desarrollando la Fundación Procrear, el conocimiento previo en trabajo de calle y los vínculos existentes con la población en situación de calle del centro del Distrito de Barranquilla, con los aportes de los líderes de opinión de la comunidad y con la red de recursos (véase Anexo n.º 6).

Ubicación de espacios geográficos

• Sector n.º 1: Parque Universal

Frente a la calle 45 —más conocida como “La Murillo”— con la carrera 35, se ubica el cementerio que lleva su mismo nombre (Universal), donde se establece una gran población de personas en situación de calle.

En las gradas de las canchas de fútbol y básquetbol esta comunidad hace su ‘gallada’, consumen sustancias psicoactivas, juegan, comen, duermen y hacen sus necesidades fisiológicas. El líder o lideresa de la ‘gallada’ se encarga de organizar las ayudas que reciben (comida, principalmente). Todas las personas que se encuentran ahí “consiguen reciclaje que venden generalmente en la Zona Cachacal”.

• Sector n.º 2: Las Colmenas

Se encuentra ubicada entre la carrera 46 y la calle 8. Su nombre proviene de un antiguo mercado público, del cual quedaron los espacios de los locales —que son pequeños—. Allí se asentó un grupo de personas que, a falta de fuentes de trabajo, se dedicaron a vender toda clase de alucinógenos. Fue así como en este mercado abandonado surgieron casuchas de tabla que se convirtieron en caletas donde se consumen sustancias psicoactivas (incluyendo el alcohol) y se intercambian actividades sexuales libremente con unos y otros. También se comercializan armas de fuego (compra, venta y alquiler). Es un territorio cuyo dominio es defendido por diferentes grupos al margen de la ley, lo que genera continuos enfrentamientos y, por ende, altos índices de muerte.

Este lugar se ubica al margen de un tubo de desagüe de aguas negras que sale del río Magdalena y que es un punto estratégico para los futuros proyectos de la ciudad. En la actualidad se moderniza el sistema vial que va hasta el terminal o puerto marítimo y fluvial. Se encuentra cerca el tradicional mercado público de Barranquilla y la congestionada calle 30, y queda diagonal al centro comercial de Fedecafe y San Andresito.

• **Sector n.º 3: Zona Cachacal (Barrio San Roque, Zona Norte)**

Comprende desde la calle 32 y 33, con carreras 35, 36, 37 y 38. Lleva el nombre de Cachacal porque antiguamente era el lugar donde llegaban los camioneros del interior del país (a quienes en la costa se les denomina cachacos), lo que dio origen a una zona comercial con hospedajes y gran movimiento comercial. Por procesos de ordenamiento territorial y deterioro social, la zona se convirtió poco a poco en espacio de reciclaje, de expendio de droga, de trabajo sexual y de vida de calle.

Esta zona se caracteriza por una dinámica de economía informal, en donde principalmente se desarrollan actividades de compra de material de reciclaje; es una zona que ha sido comparada con la antigua calle del cartucho en Bogotá. Desde hace más de 30 años existen allí ventas de todo tipo de sustancias psicoactivas, e históricamente se han presentado situaciones de orden público por su consumo y tráfico. El sector es habitado por familias organizadas que han sabido adaptarse a toda esta problemática.

• **Sector n.º 4: La María**

Toma el nombre de la avenida carrera 54 con vía 40; está situado entre la vía 40 y el Caño de la Ahuyama. Es un sitio donde se vive en las aceras y debajo del puente, con casuchas de madera. Cuando llueve, las personas se ven obligadas a salir por la fuerza del arroyo que pasa por ahí y desemboca en el caño. Es un sitio de consumo de sustancias psicoactivas y en el que habitan personas en situación de calle. El sustento es el reciclaje y la limosna.

• **Sector n.º 5: Zona de Sasoned Barlovento**

Se ubica entre la vía 40 con carrera 50, cerca de Faggrave, la plaza de la aduana y el río Magdalena. Su nombre se debe a una empresa de condimentos. Detrás de esta fábrica es donde se ubican las personas en situación de calle, que viven a la intemperie o en chozas de plástico. La policía frecuentemente desaloja a quienes que se ubican allí, por lo cual hay pocas personas. Es un sitio en el que se vive del reciclaje, principalmente de metal y cobre.

Es una de las zonas más convulsionadas de Barranquilla por el dominio de intereses particulares y poder territorial que tienen muchos actores. El acceso es difícil debido a los fuertes enfrentamientos entre bandas. Las actividades desarrolladas por esta comunidad se basan en el reciclaje y las ventas en calle. Allí también se ubican núcleos familiares, con niños y niñas, adultos/as mayores, jóvenes adolescentes, hombres y mujeres adultas.

• Sector n.º 6: Parque Suri Salcedo

Es un parque ubicado en el norte de la ciudad entre la carrera 46 y las calles 72 y 70; es lugar de encuentro y descanso. Las personas en situación de calle utilizan las estructuras de cemento (la cabeza de Mickey Mouse y del Pato Donald) que allí se encuentran para dormir en el día. Es un parque concurrido y arborizado, sitio de encuentro y juegos infantiles.

• Sector n.º 7: El Hueco

Corresponde a las instalaciones de la antigua Clínica El Terminal, entre la vía 40 y calle 30 con la carrera 46 esquina, frente a San Andresito y el centro comercial Fedecafé, cercano a las Colmenas. Se le llama 'el hueco' porque en una pared abrieron un hueco y por ahí entran y salen las personas en situación de calle; los consultorios son usados como dormitorios. Es un sitio lleno de basuras y cercano a un desagüe de aguas residuales, por lo que se presentan malos olores. Las personas que habitan en esta zona son recicladores y consumidores de sustancias psicoactivas; también llegan otras personas a consumir, como los y las trabajadores/as del mercado o de San Andresito, que están al frente de dicha zona.

• Sector n.º 8: Zona los Tres Postes

Esta zona está situada entre la calle 17 y la carrera 32 y 33 (el Revolo) y es un lugar muy inseguro. En la visita se censaron trece personas en situación de calle, todos hombres jóvenes. Es un lugar de consumo, conectado con las redes de la zona de Cachacal.

• Sector n.º 9: Zona del parque Luis Carlos Galán Sarmiento

Ubicado entre la carrera 44 y la calle 72 con calle 73, detrás del estadio Romelio Martínez por la carrera 44 bajando; allí es fácil encontrar a las personas en situación de calle durmiendo en las bancas, así como una buena arborización. Esta zona no recibe ninguna otra definición especial. Existe además un Centro de Atención Inmediata (CAI) de la policía sobre la 72 con la 44. En esta zona se ubican alrededor de seis personas en situación de calle; todos son hombres jóvenes, cercanos a los 25 años. A veces en el día se les ve apostarse en los almacenes de ropa y tela que están sobre la calle 72 y la carrera 44b.

6.2 CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD COLECTIVA E INDIVIDUAL

Para el análisis de vulnerabilidad colectiva e individual frente a la infección de VIH se considera que las personas en situación de calle se encuentran de manera permanente en contextos de vulnerabilidad, debido a tres situaciones concretas: 1) a la misma condición de vida en la que se encuentran, que está ligada a carencias, limitaciones, barreras de acceso a los servicios, a la información, a los recursos, a las relaciones y las oportunidades; 2) a la representación social construida en relación con el conjunto de problemáticas que integra esta particular forma de vida (desarraigo, delincuencia, inseguridad, amenaza, vagancia y pereza); y como consecuencia de las anteriores, 3) a la propia idea de sí mismas (de sus derechos, potencialidades, capacidades y limitaciones) que tienen estas personas.

En la investigación se parte del contexto en el cual se encuentra el sujeto, ya que esta situación es la que lo define o determina socialmente en el marco de las diferencias entre sujetos y de la identidad entre los sujetos que comparten la misma condición. Por ejemplo, el dormir o no en la calle, las rutinas, actividades y la identidad que se han ido construyendo con el espacio de calle, aunque pueden tener sentidos distintos, son a la vez compartidas por todas las personas en situación de calle.

Por tratarse de una población que se encuentra (en la práctica) en interacción permanente en el espacio físico, en los territorios de consumo y en algunas acciones ocupacionales y de ocio, el análisis de la información se hizo en forma conjunta.

El análisis se presenta con base en los fundamentos conceptuales propuestos en el marco teórico, en el que se tienen en cuenta dos contextos de vulnerabilidad (colectivo e individual). Las categorías emergentes definidas para esta investigación fueron: sexualidad/afectividad y consumo de sustancias psicoactivas, género/identidad sexual e institucional/recursos. Para la realización del análisis por contextos de vulnerabilidad y por categorías, se trianguló la información recolectada a partir de la aplicación de las estrategias implementadas en el proceso de investigación: cartografía social, diarios de campo, grupos focales y entrevistas en profundidad.

6.2.1 Sexualidad/afectividad y consumo de sustancias psicoactivas

En el contexto de vulnerabilidad social se encuentran varios aspectos interesantes con respecto a las formas de relación afectiva que asumen las personas en situación de calle, ya que pueden influir en la configuración de un contexto de alta vulnerabilidad a la infección por VIH.

Por ejemplo, el ejercicio de la sexualidad se asocia a confianza y fidelidad cuando hay pareja estable, lo que lleva a que no se usen medidas de protección para evitar la infección por VIH, a pesar de conocerlas. No obstante, aunque estas parejas pueden ser estables por un periodo de tiempo determinado, pueden cambiar de pareja por iguales periodos de tiempo. Al respecto, un participante manifestó: *“pues yo lo único que hago es mantener una persona sexual estable”*. Otro participante igualmente afirmó: *“tengo 23 años (...), no me cuida, sí sé del VIH, del Sida, una vez me cuidé, pero cuando tengo un novio, él no se protege”*.

Un tercero y un cuarto expresaron: *“primero una pareja estable, porque si uno está con una persona y otra, se puede contagiar, pues cuidarse con la persona”*. *“Cuando vivía con Adriana no usaba condón”*.

Otro aspecto importante a tener en cuenta frente al ejercicio de la sexualidad es que, al no tener información o evidencias de que alguna persona en situación de calle sea portadora de VIH/Sida, simplemente todos se tranquilizan y no buscan protegerse, lo cual reviste un carácter de invisibilidad o de evidencia del VIH, que hace que en las ‘galladas’ o ‘parches’ el tema, aunque conocido, no genere la búsqueda de medidas de protección. En otras palabras, las personas en situación de calle requieren ver a un compañero enfermo y deteriorado, además de saber que la causa de esta condición es el VIH, para que esto genere interés o preocupación.

Frente a ello, una persona expresó: *“como por ejemplo que no se cuidan, que allí no tienen problema porque no hay nadie infectado, que no usan condón para protegerse”*.

En la ciudad de Bucaramanga se intentó indagar sobre sexo entre hombres al interior de las ‘galladas’, pero los participantes de la investigación no hablan de esta situación específica. Se intuye por parte del equipo de investigadores, a partir del acercamiento y expresiones que se dieron en las actividades realizadas, que estos intercambios entre personas del mismo sexo se pueden dar, pero de forma encubierta; no es algo que se acepte abiertamente pero sí se bromea entre ellos al respecto. Comentan que *“se conoce que en el parque Santander personas adultas mayores se sientan en el parque a esperar jóvenes y les pagan en residencia”*.

En Barranquilla, el sexo entre hombres es frecuente entre las caletas y la calle; se identifica

como una alternativa para conseguir algunas cosas, principalmente sustancias psicoactivas, lo cual refleja una situación que los pone en riesgo de infección. Esto se puede entender cuando los participantes expresan que *“no dan mente, eso es normal, pero no utilizan un condón, porque lo que se les da, lo cambian por una bicha o lo venden por \$200 pesos”*.

Ahora bien, la relación que existe entre el ejercicio de la sexualidad y el consumo de psicoactivos, se percibe en varias dimensiones:

En primer lugar, se dan intercambios sexuales generalmente sin protección (en especial en las mujeres) como un medio para obtener sustancias psicoactivas. Ellos expresan: *“las mujeres sí, por cualquier bicho se le desnudan a uno o hacen cualquier cosa”*. *“Imagínese uno se va a la cuarta y encuentra de seis a siete mujeres sin trabajo, sin plata, sin droga, de edades entre los 17 a 40 años, que se visten para seducir y que les paguen pieza, y por media papeleta se desnudan”*.

El consumo de sustancias psicoactivas, especialmente el alcohol, la marihuana y las pepas, lleva a las personas en situación de calle a tener prácticas sexuales de riesgo, específicamente por el no uso de condón. Incluso, piensan que si una persona está infectada y deja de consumir SPA o alcohol inmediatamente muere, porque la falta de droga le acelera el proceso de la enfermedad. Uno de los participantes comenta: *“cuando están consumiendo, se acuestan con cualquiera y no saben con quién”*.

También queda claro cuando afirman: *“uno puede tomar pepas con ron, se le borra el casette, no sabe lo que hace la persona, lo incita a tener relaciones sexuales, la persona cuando está borracha y embalada le cae la arrechera, como decimos por aquí (...), que con cualquier droga ellos pueden tener relación sexual, aunque con el alcohol es mejor (...)”*.

En el contexto de vulnerabilidad, se encontró que las personas en situación de calle poseen claridad ante la diada sexo no protegido = infección por VIH/Sida. Así como el conocimiento de los medios de protección: el uso del preservativo, relacionarse con alguien que esté “sano”, o sea que les dé seguridad.

Los participantes de la investigación en ambas ciudades consideran que el sexo oral puede ser más público (en la calle), mientras que el coito es algo más reservado, mostrando así un sentido de lo privado —que en ocasiones se asume que no existe en las personas en situación de calle—.

En ese orden de ideas, se podría decir que las personas en situación de calle tienen conocimientos generales en torno al VIH, a las formas de infección e incluso a cómo prevenirlo; sin embargo, ello no garantiza necesariamente que tengan comportamientos de cuidado.

De igual manera, le dan credibilidad a la evaluación a simple vista que pueden hacer de un compañero sexual para determinar si está enfermo o no: *“y aquí es el ojo y el olfato el que cobra relevancia como factor de protección, dependiendo de las condiciones físicas en que se encuentren los órganos sexuales masculinos y femeninos”*.

6.2.2 Género/identidad sexual

En el contexto de vulnerabilidad social, a las mujeres en situación de calle se les asignan roles de responsabilidad, de cuidado y la obligación de usar protección, dado que se podría afirmar que éste es un rol social que ha sido culturalmente dado a la mujer en cualquier contexto en el que se desenvuelva, sin que la calle sea la excepción. Al respecto, un hombre manifestó: *“ellas se cuidan para no tener hijos, para evitar enfermedades, mientras que a nosotros los hombres no nos importa”*.

El tema de la responsabilidad frente a la protección que debe darse para evitar la infección por VIH, también es cedido a la mujer. Esto se puede comprender cuando una persona en situación de calle afirma: *“si ella se contagia y yo, y muchos varones más que yo vamos a solicitar en cualquier momento su compañía (...), se va a expandir, si ella no toma las medidas de precaución necesarias”*.

De la misma manera, se asume que la condición de ser hombre facilita algunas medidas de protección (como por ejemplo la posibilidad de conseguir condones), las cuales son formas de evitar la infección. Por ello afirman que: *“para los hombres es fácil conseguirlos en una residencia, el señor del hotel da los preservativos, y se los dan a los hombres”*.

También se expresa que son los hombres quienes registran mayor práctica sexual con diversas parejas, lo cual es reconocido como una situación que agudiza la posibilidad de infección por VIH: *“Un hombre, en vez de estar con la mujer, se la pasa con más mujeres en la calle (...). El hombre es más activo que la mujer, nunca tienen con una mujer, entonces ¿cómo no quieren que lo pringuen? (pringar quiere decir contagiar)”*. Otra persona en situación de calle expresó: *“los hombres, por sus conductas sexuales desordenadas, tienen mayor probabilidad de ser infectados de VIH”*.

Adicionalmente, las prácticas sexuales con diversas parejas también está relacionada con la pertenencia a un grupo determinado, específicamente a la población LGTB y a las representaciones sociales que se tienen frente al comportamiento sexual de estos grupos. Por ello se afirma: *“un homosexual, porque ellos casi no usan el condón”*. *“Un LGTB, porque ellos tienen prácticas desordenadas de sexo”*. *“Un homosexual tiene relaciones desordenadamente, no le importa como lo hagan ni nada”*.

En el contexto programático de vulnerabilidad, se evidencia desconocimiento de la normatividad y la ley. Por ello se complejiza la atención en el sistema: *“conozco uno que otro de los derechos humanos, como el derecho a la vida, a la salud, a la vida digna, a un trabajo, a la educación. Pero yo digo una cosa, ¿no es lo mismo un indigente a nosotros?”*.

Por otra parte, las personas en situación de calle identifican programas dirigidos a los niños/niñas o a la tercera edad; no hay alternativas concretas para la población adulta joven o para grupos etarios específicos, y tampoco de género. Esto se manifiesta claramente cuando afirman: *“hay programas solo para menores de edad, puede ser hombre o mujer o gay, no importa si son chinches”*. *“Ayudas en sí no tenemos, conozco los programas que tiene la alcaldía para las personas de la tercera edad, pero mientras llegamos allá no tenemos ayudas”*.

Es importante anotar que el carácter diferencial de sobrevivencia no está dado por la condición de ser hombre o ser mujer, sino por la forma en que se enfrentan diversas situaciones: la experiencia y vida en la calle, la capacidad de ejercer poder o demostrar que se es capaz de sobrevivir bajo las condiciones adversas que la misma calle acarrea, incluso, de demostrar que no se tiene miedo a nada ni a nadie; en palabras de las personas en situación de calle, a *“la capacidad de guerreársela en la calle”*.

Así mismo, en cada ciudad se encontraron algunas posturas que dan cuenta del ejercicio de la masculinidad y la feminidad. Por ejemplo, en Bucaramanga los hombres tienden a proteger mucho más a las mujeres en situación de calle, mientras que en Barranquilla se asume que el género femenino tiene los mismos derechos que el hombre, y por lo tanto *“llevan también del bulto cuando pelean”*.

Por otra parte, se asigna igualdad en el riesgo o la gravedad de adquirir la enfermedad tanto al hombre como a la mujer, pero se asume que la condición del hombre puede ser más propensa a la infección por la creencia de que la mujer es más cuidadosa. Lo anterior se expresa en la frase: *“es más grave que se infecte un hombre que una mujer con el VIH, porque las mujeres somos más conservadas, más limpias”*.

También se asigna una condición de debilidad o vulnerabilidad a la mujer, asociada con la posible representación social que se tiene frente al rol de ella. Por esto se expresa que: *“una mujer es más vulnerable a la enfermedad, porque pega más duro en ellas”*.

En cuanto a la información que manejan frente al VIH, las personas en situación de calle expresan cierto grado de conocimiento, pero aún existe desinformación sobre las formas de infección y sobre la calidad de vida que pueda tener una persona infectada, dado que para ellas el Sida es la muerte.

Tampoco identifican diferencia entre las dos palabras Sida y VIH: *“El Sida, enfermedad mortal incurable, se transmite por el sexo; usen condones, si no utilizo el condón se arriesga la vida”*. *“Sé que el VIH es una enfermedad mortal, que no tiene cura, es una enfermedad muy mala”*. *“El VIH se contagia por transmisión sexual o por droga, por utilizar la misma jeringa”*.

También es evidente la mezcla de conocimientos básicos con falsas creencias o información confusa: *“es transmitido por una relación sexual, teniendo relaciones con la otra persona, también creo que en la saliva y en la sangre, y por tener sexo sin protección”*. *“A través del uso sexual sin preservativos”*. *“Hay gente que dice que porque simplemente lo rozan a uno, ya le prenden el Sida”*.

Otro participante expresa conocimiento frente a una de las formas de transmisión: *“claro, porque por lo menos hay gente que se inyecta y cuando están en esa vaina del Sida, si uno está infectado y le pasa al otro, automáticamente se contagia”*.

De igual manera, también tienden a generarse ideas confusas que se manejan como verdades aceptadas: *“ellos piensan que si uno tiene el VIH y si deja sobras por ahí, ya los puede contagiar”*.

Lo anterior también se expresa frente a la enfermedad de la tuberculosis, de la que algunos de ellos tienen experiencia, a partir de la vivencia de algún compañero en situación de calle que la ha padecido: *“o por medio de que una persona tiene el VIH y está comiendo algo y le da a otra persona, lo puede contagiar”*. *“Se trasmite por medio de una cuchara (compartir las comidas)”*.

Un elemento constitutivo que moldea el accionar humano tiene que ver con el sistema de creencias frente a algo. En este sentido, se encontraron creencias relacionadas con el azar o la suerte y no con el cuidado personal como forma de prevenir la infección. Los participantes refieren: *“todo el mundo lo tenemos, lo que pasa es que hay personas que se les desarrolla y hay otras que no. A unas personas se les desarrolla con tiempo y a otras se les demora bastante, son como pasos”*. Esta creencia tiende a generar poco cuidado de sí mismo, porque se asume como un destino del que ninguno puede escapar.

Otra falsa creencia que fomenta la posibilidad de infección es la de poder identificar el VIH en un compañero solo por su apariencia física; se da importancia a la apariencia física como el único indicador que les puede señalar la presencia del VIH en una persona: *“cuando está una persona flaca, si no tiene cáncer, tiene Sida”*; *“las manchas, las manchas en la piel y en el rostro identifican a una persona que tiene Sida”*; *“y el*

semblante, se ponen amarillos”; *“dicen que la persona que está contagiada de VIH se le empieza a caer el pelo”*.

En cuanto a las prácticas de las personas en situación de calle, se reflejan algunos elementos que sirven de pauta para la implementación de programas de prevención e intervención en las zonas de ‘parches’ en Bucaramanga y Barranquilla.

Las personas en situación de calle no asumen comportamientos de cuidado frente a la posibilidad de infección por VIH: *“como por ejemplo que no se cuidan, que allí no tienen problema porque no hay nadie infectado, que no usan condón para protegerse”*; *“a uno de hombre, por la rapidez, por el afán, por la ansiedad, por la pasión”*.

Una de las prácticas de cuidado que identifican es la de tener pareja sexual estable, aunque puede ser temporal; es decir, mientras tienen pareja no se cuidan: *“pues yo lo único que hago es mantener una persona sexual estable”*; *“primero una pareja estable, porque si uno está con una persona y otra, se puede contagiar, pues cuidarse con la persona”*.

La relación sexual sigue dándose en lugares privados como residencias; no ocurre lo mismo con prácticas como el sexo oral. Cuando se da en residencias, a los hombres les entregan condones: *“voy a la residencia y le dan a uno una pieza por el rato con una mujer, y el administrador le entrega a uno el preservativo”*.

El cuidado no se asocia a una conciencia de protección, sino a situaciones de orden circunstancial regidas por el instinto. Al respecto, un participante comenta: *“perdóneme, uno como hombre, por más hombre que sea es el más emocionado, uno se pone el condón y no le gusta, la verdad es esa”*.

Se evidencian comportamientos no asociados con la prevención en las relaciones sexuales, a pesar de tener conocimiento acerca de la utilidad del condón para evitar la infección: *“no tengo pareja, no tengo hijos, no me cuida cuando hago sexo”*. *“En relación al sexo antes era muy loca, lo hacía con varios. ¿Y cómo se cuidaba? No, cuando se podía”*.

Un aspecto actitudinal que requiere de cuidado es el que se asigna a la presunción de que las personas en situación de calle no se infectan tan fácilmente. La experiencia de vida les dice que la prevención (o sea el uso del condón) no tiene aplicación en el marco de sus vidas porque han mantenido prácticas sexuales inseguras *“y hasta ahora todo ha ido bien”*.

No obstante, la noción de cuidado personal para evitar la infección está presente en el discurso de las personas en situación de calle: *“la enfermedad no distingue, no ve corazones, le pega al que no tenga cuidados”*.

Las personas en situación de calle también refieren claridad y postura favorable frente al uso del condón, independientemente de la pareja o de la condición afectivo/sexual que se viva: *“hay que usar el preservativo, así usted sepa quién es, no se confía uno ni en el marido”*. *“No tanto tener la pareja estable, sino estar seguro de que la otra persona piense lo mismo, porque usted puede tener una sola pareja, pero si ella no (...)”*.

6.2.3 Institucional/recursos

En el *contexto de vulnerabilidad social* se identificó que los recursos con los que cuentan las personas en situación de calle para acceder a servicios son bastante limitados. En la mayoría de los casos identifican al Hospital como única entidad que les presta servicio, pero deben

tener cédula o la carta que los identifica como habitantes de calle: *“Todos comentan que solo los atiende realmente el HUS si están heridos o graves, pero nada más”*.

En el caso de Bucaramanga, cuando la atención requerida es para un caso de gravedad, la policía es la única ruta para acceder a una atención de urgencias médicas. Si no es muy grave, tienen claro que si se dirigen a la Red.30 les harán curación o los llevarán al Centro de Salud Girardot o al Hospital del Norte.

En el caso de Barranquilla, la única institución que identifican es el Hospital de Barranquilla, pero solo por urgencias. Si se cuenta con carné de una EPS, debe dirigirse a la IPS correspondiente.

El apoyo institucional no gubernamental es un recurso clave con el que cuentan las personas en situación de calle. Esto se puede ver cuando expresan: *“las muchachas que se embarazan tienen que venir aquí para que ustedes las manden a revisar por el médico”*; *“la Red.30 apoya la gestión de documentos”*.

Las instituciones que tienen más reconocimiento por las personas en situación de calle son Red.30 y el Hospital en Bucaramanga, así como Procrear y el Hospital de Barranquilla, entidades que ofrecen apoyo en salud. Estas instituciones son identificadas como redes de apoyo y referentes en los cuales encuentran información y acompañamiento: *“aquí en la Red.30 me han hablado de VIH, me han regalado condones para prevenir, es la única parte”*.

Para otras demandas como comida y vestuario, las personas en situación de calle identifican instituciones como Shalom (casa de paz), la Posada del Peregrino (para comer), Fundaluz y servidores del Servidor en Bucaramanga; Fundarvi y Fundación Francois Xavier Bagnoud, en Barranquilla.

De otra parte, también surgieron en la investigación referencias a situaciones de orden social que agudizan las posibilidades de infección por VIH en las personas en situación de calle. Esto se refleja cuando refieren: *“los taxis o carros privados recogen a los habitantes de la calle y se los llevan para relaciones sexuales”*. *“El problema de la calle es que uno está por ahí durmiendo y otros hombres que no son de la calle le llegan a proponer que uno tenga relaciones sexuales con ellos y le ofrecen dinero a uno, y consumo, y ahí también se riega el VIH; esas personas no son habitantes de calle”*.

De igual manera, la religión (con los mensajes desde la perspectiva moral que vehicula) genera interacciones con las personas en situación de calle: *“hay pastores que dicen que el VIH es un castigo de Dios, y que por eso se le pega a la gente, o sea si usted actúa de cierta manera, Dios le manda el Sida, aunque yo no estoy de acuerdo con eso”*.

Por último, la red de apoyo familiar es escasa, se identifica más como rechazo: *“imagínese, en la familia, aparte de que no lo quieran a uno y que sepan eso, va a ser un rechazo total de parte del papá hasta la mamá, y los hermanos también”*. En el contexto programático de vulnerabilidad, se puede afirmar que ninguna de estas ciudades cuenta con un sistema organizado de atención en salud.

Además existen barreras de acceso a los mismos: *“yo le digo una cosa, yo una vez llegué de Bogotá con la necesidad de una operación y fui al Hospital Universitario de Bucaramanga y no me atendieron, entonces yo me fui con una hermana que tengo para Cúcuta, entonces yo pagué un expreso. Ahí me hicieron la operación y aquí me dijeron que no me la hacían; yo llegué a urgencias, orinando con sangre, allí me hicieron la operación y estuve dos meses y medio, muy chévere y todo”*.

Sin embargo, no es clara la red de atenciones establecidas en cada ciudad, ya que es limitada y centrada en la identificación que realizan actores institucionales que definen los servicios que se requieren según la presencia de las personas: *“Para que nos atiendan se necesita el Sisbén con la carta de habitante de calle”*.

Otro elemento identificado es que las personas en situación de calle no conocen ni manejan mecanismos de exigibilidad de sus derechos, ni políticas que orienten los planes, programas y proyectos que respondan a sus demandas y necesidades: *“a mí me dicen que entutele por no haber sido atendido”*.

De otra parte, dentro del proceso de investigación se abrieron espacios de reunión con las organizaciones de la ciudad que atienden población en situación de calle en los cuales, además de intercambiar experiencias, percepciones y establecer posturas en torno a las alternativas de atención que existen actualmente, se tuvo oportunidad de socializar y validar conjuntamente una ruta de atención (descrita en el Anexo n.º 2) que se puede sugerir como un primer paso en la búsqueda de la articulación institucional en torno al tema de la atención de población en situación de calle con la prevención y atención de VIH.

También es importante mencionar que las personas en situación de calle utilizan los recursos que se encuentran en el entorno para informarse. A pesar de que no es la regla, algunos de ellos leen periódicos que encuentran en el reciclaje, los folletos que les dan en la calle o en la cárcel, aspecto que les ha llevado a manejar cierto nivel de información frente al VIH/Sida. Es así como afirman que han aprendido a través de la televisión, periódicos viejos encontrados en el reciclaje, en la cárcel, en los

colegios o escuelas: *“yo he leído y por televisión, aquí hay enfermedad, por un momento de pasión uno se contamina, hay que evitar eso”*.

En el contexto de vulnerabilidad, los puentes de comunicación, empatía y cercanía que los operadores pares establecen con las personas en situación de calle son aspectos importantes a resaltar como recursos esenciales, lo cual les permite a las personas en situación de calle sentir un punto de apoyo mediado por la confianza, la aceptación y el respeto: *“ahora sí, lo que pasa es que uno tiene una enfermedad que no es el Sida, pero sí íntima, pues ahí juega la confianza; por ejemplo, como con el profe Carlitos, Erick (...)”*.

Adicionalmente, aunque pueda estar presente solo en el discurso, se refleja algún nivel de conocimiento y apropiación frente a la necesidad de cuidarse: *“la responsabilidad para cuidarse es de ambos, que tienen que interesarse”*; *“el cuidado debe ser igual, de hombres y de mujeres”*.

Por otra parte, la condición de persona en situación de calle dificulta la atención institucional, pues genera rechazo en el personal a cargo de prestar los servicios. Por ello afirman: *“al centro de salud voy cuando estoy enfermo, pero no lo atienden a uno, dicen que otro desechable que viene a quitar tiempo”*; *“la gente nos discrimina por drogadictos, desechables, por estar mal vestidos y no tener Sisbén. Le maman gallo a uno”*.

7. CONCLUSIONES

Los contextos de vulnerabilidad colectivo e individual se evidencian en tres categorías analizadas a profundidad: la sexualidad/afectividad y el consumo de sustancias psicoactivas; la identidad sexual y el género; y el nivel institucional y los recursos con los que cuentan las personas en situación de calle.

En primer lugar, desde la perspectiva social, la vivencia de la sexualidad/afectividad y el consumo de psicoactivos pueden constituirse en contextos para la infección con VIH, dado que en las ‘galladas’ o grupos en los que se organizan, las prácticas de intercambio y la poca conciencia personal que suscita el consumo, generan comportamientos no asociados con la prevención en el momento que se dan intercambios sexuales, los cuales están legitimados por ella. Adicionalmente, el consumo de psicoactivos se legitima y apropia algunas prácticas que se visualizan como normales por parte de los miembros de la ‘galladas’. También se evidencia que la acción de intercambio sexual con el fin de obtener sustancias psicoactivas es competencia casi exclusiva de la mujer.

En el contexto de vulnerabilidad individual, se encontró que el ejercicio de la sexualidad está mediado por la confianza en la salud de la pareja o por la “evaluación” del aspecto físico —si no se observan a simple vista señales de deterioro, se asume que la persona se encuentra bien de salud, lo cual incluye que no vive con VIH—.

Así mismo, en el ejercicio de la sexualidad no se tienen en cuenta los mecanismos de prevención frente al VIH/Sida. En los casos en que se tiene pareja estable se asume confianza y fidelidad, de tal manera que en esos periodos de tiempo no se utilizan estrategias de protección como el uso del condón. La pareja estable y el afecto pueden ser factores de riesgo y vulnerabilidad, en tanto se acompañen del no uso de preservativo.

Es importante anotar que el universo de la calle involucra una noción de lo privado —a pesar de su amplitud y de la aparente condición pública que implican todas las actividades en ella realizadas—, al menos en lo que respecta al ejercicio de la sexualidad: se identifican actividades de sexo oral como algo que se hace en diversos espacios (parque, escondites), pero el contacto genital se reserva a espacios privados.

En la categoría de género, desde el contexto social, se encontró que aún se asigna a la mujer la responsabilidad de “cuidarse”, para no infectarse ni infectar a otros compañeros con el VIH.

A nivel de contexto social, las personas en situación de calle asignan a las personas que pertenecen a la población LGBT mayor riesgo, porque se asume que tienden a tener relaciones sexuales con distintas parejas o a cuidarse menos.

En la categoría de instituciones y recursos, desde el contexto programático, las personas en situación de calle no tienen claridad sobre las políticas o rutas de acceso para acceder a los servicios de salud ni sobre cuáles son sus derechos; generalmente requieren el acompañamiento de organizaciones no gubernamentales que les son significativas y les apoyan para el acceso a los mismos.

Desde la perspectiva social, las personas en situación de calle no tienen una percepción positiva de la institucionalidad, ni sienten que las organizaciones gubernamentales sean puntos de referencia y de apoyo en sus vidas o frente a sus necesidades. Así mismo, en las administraciones locales no existe una planeación consecutiva, organizada y permanente para la atención a la persona en situación de calle. La ley parte del principio de que entre mayor es la vulnerabilidad, mayor debe ser la protección, y aunque existe desde el municipio —en la Secretaría de Desarrollo Social— un programa específico para esta población, sus beneficiarios no sienten que estos programas lleguen más allá de otorgarles una orden para atención médica o el internamiento en una comunidad terapéutica. Adicionalmente, las personas en situación de calle viven situaciones extremas, lo cual hace que no se sientan sujetos de derechos; si así fuera, buscarían la atención por sí mismas.

Uno de los mayores riesgos de las personas en situación de calle es que su condición de vulnerabilidad permanente les impide reconocer las situaciones a las que están expuestas.

8. RECOMENDACIONES

Es muy importante la formación de líderes pares, con el fin de proporcionar a las personas en situación de calle una estructura que les permita transmitir la información desde sus iguales. Esta información debe presentarse en un lenguaje adecuado y ser ajustada a los contextos de sus destinatarios. Igualmente, debe considerarse que la persona en situación de calle tiene un rol de cuidador que debe ser evidenciado y valorado. Por lo anterior, los recursos financieros, humanos y técnicos deben ponerse al servicio de los escenarios de capacitación en los sectores de la salud, educación, vivienda, trabajo, entre otros.

Este proceso debe ser sostenible —considerando que no responde a un problema de salud sino a un problema de ciudad—, para lo cual la intervención debe plantearse desde la intersectorialidad (Personería, Secretaría de Salud, Policía Comunitaria, IPS, oficinas de Sisbén).

Para que la ruta de atención funcione, se debe sensibilizar a la red prestadora de los servicios de salud, educación, vivienda, trabajo, entre otros, especialmente al personal que tiene la responsabilidad de prestarlos directamente.

Todas las acciones que impliquen la promoción de conductas de autocuidado frente al tema de infección por VIH/Sida deben incluir estrategias que articulen el cubrimiento de necesidades básicas (como la alimentación). Adicionalmente, el abordaje de las personas en situación de calle debe incluir necesariamente algunos componentes lúdico-recreativos a partir de los cuales se logre centrar la atención, establecer climas de confianza y generar apertura hacia el aprendizaje.

En el caso de Bucaramanga, uno de los principales objetivos es recuperar la política pública de atención para personas en situación de calle —acuerdo 022/94—, aplicando un marco lógico a la matriz propuesta en esta investigación que permita delimitar acciones concretas, con tiempos e indicadores de logro. Es muy probable que las personas en situación de calle empiecen a modificar sus comportamientos y condiciones de vulnerabilidad cuando se sientan protegidas por el sistema.

Es necesario fortalecer rutas de atención, pues el nivel institucional en la actualidad funciona únicamente con la intermediación de organizaciones no gubernamentales, que trabajan en la zona y se convierten en los referentes de apoyo con que cuentan las personas en situación de calle para garantizar sus derechos.

Uno de los objetivos de la prevención con población en situación de calle debe ser la mitigación del daño y del riesgo de infección dentro de sus escenarios de consumo y prácticas sexuales. Se deben tener en cuenta todas las drogas inyectables, ya que la heroína no es la única droga que se consume por vía intravenosa y que coadyuva a la infección con VIH.

La metodología propuesta desde la Investigación - Acción Participativa (IAP) no solo permite involucrar personas en situación de calle en las actividades de exploración e implementación de estrategias, sino también comprometer líderes y lideresas de las zonas —organizaciones de movilización social que se convierten en promotores validados desde la experiencia de calle, con los cuales se pueden establecer procesos de formación, seguimiento y acompañamiento—. Teniendo en cuenta que las personas en situación de calle poseen sus propios códigos de valores, esta dinámica debe ser valorada y aprovechada en los procesos de formación y prevención.

De la misma manera, es necesario trabajar aspectos relacionados con la endodiscriminación hacia los otros grupos que también interactúan en las zonas descritas —población LGBT—, pues frente a ellos las personas en situación de calle generan discriminación y falsas creencias, lo que origina mayor estigma y dificulta la difusión de estrategias de prevención de la infección por VIH/Sida.

BIBLIOGRAFÍA

- Babbie, E. (2000). *Fundamentos de la investigación social*. México: Thompson learning.
- Barrios, M.; Góngora, A. & Suárez, C. J. (2006). *Modelo de gestión para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de calle o vulnerabilidad* (Informe final). ICBF-Unión Europea.
- Briones, G. (2002). *Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales*. Bogotá: ARFO editores e impresores Ltda.
- Hernández, R. et al. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc.Graw-Hill.
- Ministerio de la Protección Social & Universidad Nacional de Colombia. (2007). *Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle* (Informe final). Convenio interadministrativo 00193 de 2006. Bogotá.
- Ministerio de la Protección Social; Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA & Universidad Nacional de Colombia. (2009). *Factores de Vulnerabilidad a la infección por VIH en Mujeres*. Bogotá.
- Navarro Carrascal, O. & Gaviria Londoño, M. (2010). Representaciones sociales del habitante de la calle. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 345-355.
- Orozco, E. B. (2007). *Habitantes en situación de calle y construcción territorial en el centro occidente de Medellín*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín.
- Penas, O. et al. (2007). Tejiendo redes de apoyo: construcción de una red institucional de apoyo para el habitante de calle. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia Universidad Nacional de Colombia v.55*. Pp. 4 -12.
- Raya, E. (2005). Categorías sociales y personas de exclusión: una aproximación desde el país Vasco. *Cuadernos de relaciones laborales vol. 23, n.º 2*. pp. 247-267.
- Tevella, A. & Urcola, M. (2007). *Identidad y población infantil en situación de calle. Análisis sociológico y filosófico de un caso*. UNR Editora.
- Velandia, M. (1992). Asumamos nuestro cuerpo. Centro Latinoamericano de Asesoramiento grupal/UNDCP/Programa Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia. Memorias Congreso Iberoamericano de Educación Sexual. Medellín, p. 106.
- Wilchex, G. (1989). *Desastres, ecologismo y formación profesional: herramientas para la crisis*. Popayán: Servicio Nacional de Aprendizaje Sena.
- Zuluaga, A. (2008). Propuesta de intervención psicosocial en medio abierto con población habitante de calle en la ciudad de Medellín. FUNLAM. *Revista electrónica de Psicología. Poesis, Junio de 2008*. En <http://www.funlam.edu.co/poesis/Edicion015/Psicosocialhabitantedecalle.ArmandoZuluaga.pdf>. Consultado el 2 de diciembre de 2010.

WEBGRAFÍA

- Arraigada, I. (2006). Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género. Revista de la CEPAL, N° 85, Abril. Publicado en Revista Futuros Vol. IV, n.º 14. Recuperado de: <http://www.revistafuturos.info>.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad Social: nociones e implicaciones de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN011.pdf>.
- FUNLAM. Revista electrónica de Psicología. Poiesis. Propuesta de intervención psicosocial en medio abierto con población habitante de calle en la ciudad de Medellín. Junio de 2008. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/poiesis/Edicion015/Psicosocialhabitantedecalle.ArmandoZuluaga.pdf> el 2 de diciembre de 2010.
- Onusida. Habitantes de la Calle. Recuperado de <http://www.onusida.org.co/v10.htm>.
- Pérez de Armiño, K. Vulnerabilidad. Diccionario de Acción Humanitaria. Recuperado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/228> el 13 de agosto de 2010.
- Vásquez Rosado, A. (2007). Conceptualizaciones del cambio como concepto y categoría. Revista electrónica psicología científica. En <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-274-2-conceptualizaciones-del-cambio-como-concepto-y-categoria.html>.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Fondo de Población
de las Naciones Unidas