

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

SISTEMA DE ATENCIÓN AL HABITANTE DE CALLE
ADULTO EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Informe de investigación

Equipo de investigación:

Investigador	Grupo de Investigación	Institución
Oscar Eduardo Navarro Carrascal	Psicología, Sociedad y Medio Ambiente	Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, U. De A
Oscar Fernando Acevedo	Psicología, Sociedad y Medio Ambiente	Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, U. De A
Martha Gaviria	Epidemiología (Categoría A en Colciencias)	Facultad Nacional de Salud Publica, U. De A.
Ángel Alberto Lozano	Exclusión y Abandono Social	Facultad de Educación, U. De A.
William Tamayo	Psicología, Sociedad y Medio Ambiente	Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, U. De A.
Magaly Manco	Psicología, Sociedad y Medio Ambiente	Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, U. De A

Noviembre de 2006.

TABLA DE CONTENIDO

1

PRESENTACIÓN	4
HISTÓRICO DEL COMPONENTE DE INVESTIGACIÓN	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN	12
1. La descripción de la Línea de base.....	12
2. La mirada desde las representaciones sociales (RS)	12
3. Condiciones de acceso a salud	14
4. Estrés laboral: Síndrome de Burnout	15
OBJETIVOS.....	15
DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA GENERAL.....	17
MARCO DE REFERENCIA	19
APROXIMACIÓN COMPRENSIVA-EXISTENCIAL A LAS POLARIDADES DEL HOMBRE QUE DEVIENE COMO HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE <i>HSC</i>	19
DISCRIMINACIÓN, EXCLUSIÓN, MARGINALIDAD, ESTIGMATIZACIÓN: FORMAS DE LA VULNERABILIDAD DEL SER Y SUS DERECHOS	42
EXCLUSIÓN-EXTINCIÓN SOCIAL.....	46
LÍNEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HABITANTE ADULTO EN SITUACIÓN DE CALLE (<i>hsc</i>) EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN	48
INTRODUCCIÓN A LA LÍNEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HABITANTE ADULTO EN SITUACIÓN DE CALLE (<i>HSC</i>) EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN	50
1. CONCEPTUALIZACIÓN	53
1.1. LA VERSIÓN MEDIEVAL DE CUASIODO	53
1.2. LA MODERNIDAD O EL LUGAR DEL SABER EN LA AUTONOMIA.....	56
1.3. POLÍTICAS DE CONTROL O POLÍTICAS DE INCLUSIÓN	58
1.4. PERSPECTIVA DE DERECHOS Y DEBERES	62
1.5. INTEGRALIDAD Y REDUCCIÓN DEL DAÑO	69
1.6. DEFINICIÓN TÉCNICA Y COMPRENSIVA DEL <i>HSC</i>	75
1.7. CONCLUSIONES SOBRE LA CONCEPTUALIZACION DE LA LINEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL <i>HSC</i>	87
REPRESENTACIONES SOCIALES DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE	117
LA TEORÍA DE REPRESENTACIÓN SOCIAL	117
REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE: EL CASO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN	126
REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE DELA CALLE EN EL GRUPO DE LOS NO-IMPLICADOS	128
REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE EN EL GRUPO DE LOS IMPLICADOS	135
ASPECTOS DEL VIVIR EN LA CALLE: ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE EN LOS IMPLICADOS	141
DISCUSIÓN: DEL ESTEREOTIPO A LA DISCRIMINACIÓN. ANCLAJE Y FUNCIONAMIENTO DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE	158

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS.....	163
MARCO TEÓRICO.....	163
1. Representaciones sociales sobre salud enfermedad	163
2. Condiciones de acceso a los servicios de salud: una perspectiva de derechos	164
REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD ENFERMEDAD	168
CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS.....	174
CONCLUSIONES	181
BIBLIOGRAFÍA.....	183

PRESENTACIÓN

Más de 3.000 personas hacen de la calle y los espacios públicos de Medellín, su “hábitat”, según el estudio adelantado por el DANE y la Secretaria de Bienestar Social de la Alcaldía en el 2002. El impacto que genera esta población en la ciudad se siente no solamente en el aspecto y la calidad física de la misma, sino en la percepción de seguridad en el resto de los ciudadanos. Sin embargo el impacto más importante está en las relaciones que se establecen entre los habitantes y no habitantes de la calle, basados en el desconocimiento de esta situación y en las razones que llevaron a estas personas a estar de esta manera, vulnerabilizando cada vez más este grupo poblacional y atentando contra sus derechos fundamentales. La banalización de este problema social y el acostumbramiento de los habitantes de la ciudad a esta situación, contrasta con los esfuerzos institucionales que no han logrado mejorar la situación. De esta manera surge la denominación (o categoría social) de “habitante de la calle” que es generada desde la formalidad institucional que necesita nombrar para atender. La totalidad de las concepciones sobre el habitante de la calle vienen dadas por “otro” adscrito a las lógicas formales del saber institucional. Este hecho puede limitar las posibilidades de comprensión y operar como un obstáculo epistemológico y hermenéutico para identificar la dinámica sociocognitiva que está en la base de este fenómeno social, con el fin de abordarlo eficazmente. Esta noción y la realidad social que ella implica, constituyen actualmente un objeto social de marcado interés dado los efectos que este problema tiene en la configuración estética de la ciudad, pero también en la constitución de formas de exclusión y abandono, y de relaciones sociales inadecuadas entre miembros de una misma sociedad.

Además de la perspectiva de vulnerabilización de las personas, de exclusión y de abandono social, surge otra perspectiva de reflexión que va en la vía del respeto por los derechos humanos y del rol de las instituciones en la garantía de estos. Desde la lógica de la vulnerabilidad de derechos las condiciones de salud, o mejor, de acceso a servicios de salud, constituye una de las consecuencias más visibles y problemáticas afrontadas por esta población. Pese a que el Estado tiene la obligación de subsidiar el 100% de la salud de los habitantes de la calle (Defensoría del Pueblo, 2003), la cobertura de la atención a esta población es muy limitada; uno de los principales obstáculos es la falta de mecanismos de información, evaluación y control, que

garanticen una clasificación clara y actualizada de estas personas, debido a que por lo general se encuentran indocumentadas (Orrego, 2001). Por otra parte el componente de la cultura de la salud (qué consideran problema, qué hacen frente a él, qué tanto demanda los servicios) se considera uno de los aspectos principalmente implicados (Arredondo – Meléndez, 1991)

De esta manera, la magnitud y la gravedad de la problemática de salud de esta población no son conocidas por el sistema de salud, debido a que existe una brecha entre la morbilidad percibida por los habitantes de la calle y la morbilidad de la población atendida (aquella que por algún motivo ha accedido a los servicios de salud). Esta situación es común a todos los sistemas de salud, pero es especialmente cierta cuando se habla de población socialmente excluida (Echeverri, 2004).

Las precarias condiciones en la que se encuentran los habitantes de la calle propician su vulnerabilidad a la violencia, lo que da como resultado un deterioro constante de su salud. Entre los principales problemas están los trastornos o disfunciones mentales -derivadas no sólo del abuso de sustancias psicoactivas, sino también del aislamiento familiar y social-, las enfermedades infectocontagiosas -como tuberculosis, infección por HIV/SIDA, Hepatitis B-, la desnutrición crónica y las lesiones personales.

Ante la compleja situación que caracteriza el vivir en la calle, sin garantías sociales, en una relación fracturada con la sociedad, los programas de atención social reciben la inmensa carga que implica el pretender dar respuestas a sus necesidades. La perspectiva de la integralidad en la atención constituye, de esta manera, un principio fundamental, aunque en la mayoría de los casos se convierte en un ideal casi imposible de hacer realidad. Ese peso soportado por un grupo de funcionarios con excelente motivación puede convertirse en un causante de fracaso. Es frecuente ver que en los programas de intervención social es muy escasa la preocupación por el apoyo, la atención y la investigación de los factores desencadenantes de estrés y otras dolencias a las que están expuestos los trabajadores de los servicios sociales (Freudemberger, 1974). Es innegable que estos trabajadores afrontan diariamente una serie de situaciones complejas, propias de la situación atendida y del nivel de degradación social que esta implica. Aunado a esto, las condiciones laborales pero también sociales y económicas de los individuos contribuyen a generar estados de estrés con múltiples manifestaciones. Estos estados pueden poner a su vez al

trabajador en una situación de desventaja (psicológica) vulnerabilizándolo y afectando su vida psicológica, social y emocional. Los efectos frente al logro de los objetivos del programa de atención podrían notarse en el tiempo. Revisada cuidadosamente la literatura científica al respecto, se encontró que no existen aun estudios en Colombia acerca del impacto al interior de los programas sociales de atención y al grupo de trabajadores en términos de estrés, por lo que se considera un aspecto de suma importancia a abordar para el mejoramiento de la estrategia de intervención.

De esta manera, los vacíos de conocimiento sobre la problemática social relacionada a la condición de Habitante de Calle y al programa que busca atenderla, constituye un objeto de interés investigativo para la Universidad de Antioquia. Es así como surge la intención de la Universidad por desarrollar un componente investigativo como valor agregado a la intervención que ejecuta para la Secretaría de Bienestar Social de Medellín, como responsable del Sistema de Atención al Habitante de calle adulto en la ciudad de Medellín, a fin de intentar comprender mejor la situación atendida y el impacto de la estrategia de intervención, teniendo en cuenta aspectos sociales e institucionales.

HISTÓRICO DEL COMPONENTE DE INVESTIGACIÓN

La primera propuesta de investigación como complemento a la intervención en el sistema de atención al habitante de calle adulto en la ciudad de Medellín, presentada por la Universidad de Antioquia, se elaboró el 17 de marzo del presente año y se presentó anexo con la propuesta general. Esta propuesta tenía los siguientes objetivos:

1. Hacer un balance de las condiciones epidemiológicas de los habitantes de la calle que permita orientar las políticas y la intervención. (Investigación 1: Balance de condiciones epidemiológicas e indicadores de impacto)
2. Comparar los presupuestos teóricos que subyacen a los diferentes modelos de seguimiento y evaluación de los programas de atención que se vienen implementando en Medellín y Bogotá.

(Investigación 2: Sistematización de la experiencia Medellín y comparación con experiencia de Bogotá)

3. Caracterizar las representaciones sociales del habitante de la calle sobre su cuerpo, la calle, la ciudad, los ciudadanos y la ley. (Investigación 3: Representaciones sociales del habitante de la calle sobre su cuerpo, la calle, la ciudad, los ciudadanos y la ley)

4. Identificar las potencialidades, alteridad y sentido de la vida de los habitantes de la calle. (Investigación 4: Potencialidades, alteridad y sentido de la vida de los habitantes de la calle)

Estos subcomponentes fueron formulados con una perspectiva integral e interdisciplinar que articula ciencias sociales, ciencias de la salud y pedagogía social. El proceso del equipo se ha guiado por este principio.

Este esquema se presentó el día 4 de abril en reunión amplia y pública a todo el equipo de trabajo del programa, incluyendo a sus coordinadores e interventor, se escucharon sus inquietudes y se ajustó la propuesta, dando como resultado varias modificaciones.

Dado el interés por el modelo, se propuso no la comparación de experiencias de Medellín y Bogotá sino la elaboración de la conceptualización del “modelo” actual. Cambiando el subcomponente 2 de la propuesta inicial por la conceptualización del modelo. Y por el interés manifiesto de realizar un trabajo de acompañamiento y apoyo al equipo de operadores que a la vez sirviera de diagnóstico, se propuso que el cuarto subcomponente fuera: 4. Diagnóstico del equipo de trabajo bajo metodología de apoyo al apoyo.

Sobre esta base se comenzó la elaboración de los proyectos, cada uno de ellos en manos de un investigador. Concretadas las propuestas se presentaron de nuevo, la semana siguiente, al equipo coordinador del programa en Centro Día N° 1. En esta conversación se encontró que:

1. La sistematización de la información que se requiere para el subcomponente 1 de epidemiología no está técnicamente organizada y no permite seleccionar metodológicamente

datos claros para elaborar el perfil epidemiológico de la población. En síntesis son bases de datos no sistematizadas que no aplican para los fines de un perfil epidemiológico.

2. Se propone elaborar la investigación de este subcomponente como Acercamiento al acceso en salud de adultos HDC y a la construcción de un modelo cualitativo de evaluación de impacto (indicadores) del sistema de atención integral

3. Se insiste de nuevo en que el trabajo de acompañamiento y diagnóstico al equipo de trabajo debe orientarse a la atención de las crisis, pues el equipo está “reventado”.

Se continuo con el proceso de elaboración de los proyectos sobre la consulta de fuentes de información brindadas por el mismo programa y documentación bibliográfica complementaria. Elaborados las propuestas se presentaron de nuevo el día 2 de abril en Centro día N° 1. En esta reunión surgieron nuevas demandas:

1. Se pidió elaborar indicadores no sólo para el componente de salud sino para todo el programa. El equipo convino en que se podía aportar desde cada subcomponente la elaboración cualitativa de indicadores –ello no implica, vale aclarar, de todo el programa-.
2. Se solicitó hacer una intervención de urgencia para la crisis que vive el equipo de trabajo: los operadores.
3. Se sugirió elaborar, no sólo la conceptualización del modelo, tal como se presentó en la propuesta inicial, sino la elaboración de los procesos, la metodología y el sistema de evaluación. A esto el equipo respondió que cada uno de estos elementos amerita una investigación por aparte y un tiempo no inferior a un año para proponerlo, sin contar con al menos un año para someter a prueba el modelo y poderlo avalar como tal si sus resultados fueran positivos.

Al respecto, el equipo de investigación consideró que es inapropiado metodológicamente querer avalar unas prácticas como modelo sin cumplir con las exigencias metodológicas, críticas, conceptuales y de tiempo que dicho proceso amerita.

Estas sucesivas reuniones de discusión de la propuesta le sirvieron al equipo de investigación para contrastar la propuesta inicial y guiar sus objetivos a las necesidades sentidas del programa de atención. Una preocupación fundamental es la que tiene que ver con la apropiación de los conceptos que sostienen los principios del programa de atención (*perspectiva de derechos y deberes, integralidad y reducción del daño*) y su aplicación en la práctica.

Finalmente se le informo al equipo que desde la Secretaria de Bienestar Social se pensaba que la investigación debía centrarse en el “modelo”, que las representaciones sociales y el estudio de la demanda de salud del HDC son interesantes pero no prioritarias.

Nuevamente la cuestión del “modelo” genera dificultades al equipo de investigación en tanto las condiciones metodológicas no están dadas para su validación. Se considera que el proceso de cambio continuo de modelo - que se explica por el cambio permanente de contratista - a que han sido sometidos los psicólogos, educadores y operadores, es llevado análogamente, a un cambio incesante de proyectos de investigación por variación perenne de la demanda. Aplicando un poco las enseñanzas de la crítica nos hicimos la siguiente pregunta: ¿Qué modelo es éste, que tipo de estructura social reproduce? esto más que una crítica es un dato del diagnóstico que hemos elaborado a partir de las diversas entrevistas.

Siguiendo los criterios de calidad de la investigación y obedeciendo a las políticas de investigación y proyección social de la Universidad de Antioquia, se reformulo la propuesta inicial que incluyo una reorganización del equipo inicial. Dado las condiciones de tiempo y de priorización de metas, los componentes de la investigación apuntarán al diagnóstico de la situación del programa en algunos aspectos globales y al planteamiento de unos “principios de indicadores” (dimensión propositiva). Esto último con el animo de atender la demanda del equipo coordinador. Es importante aclarar que en el tiempo dispuesto para la investigación y los alcances de una metodología exploratoria, estos principios de indicadores estarían dirigidos no a todos los aspectos del programa (aquellos de carácter mas técnico u operativos), sino a aspectos mas generales como el impacto general de los procedimientos de intervención. Este enfoque implicaría el desarrollo de etapas subsiguientes que permitan implementar metodologías de

sistematización de las actividades y contrastarlas con los principios base de la estrategia de intervención: *reducción del daño, perspectiva de derechos y deberes e integralidad.*

Un nuevo aspecto es el cambio de enfoque definido por el equipo de investigación que busca articular los estudios planteados inicialmente como aislados y atendiendo “temas” diferentes. Esta articulación obedece al objetivo de contrastar y/o poner en dialogo las dos miradas o “concepciones” de la condición de habitante de calle: la visión institucional del deber ser de estado que parte de una definición académico-técnica de la situación y de compromisos políticos de gobierno, con la visión de los directamente implicados que pasa por aquélla de las personas categorizadas como habitantes de calle, por aquellos que trabajan con ellos en el terreno y por la ciudadanía en general.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La propuesta actual fue inscrita y evaluada por el Centro de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas y presentada como una alianza entre tres grupos de investigación de la Universidad, entre ellos uno de excelencia. Retomando los aspectos descritos anteriormente podemos plantear que la necesidad de comprender el sentido dado por los implicados en este proceso de inclusión de los habitantes de la calle a la realidad social que esta noción designa es fundamental. Esto permitiría comprender la base de esa lógica relacional asistente-asistido y mejorar las estrategias de intervención. La pregunta central entonces es ¿Cuál es el estado actual del programa de atención a los habitantes de la calle y su proyección para fundamentarse como un modelo propio de interacción entre la ciudadanía, la municipalidad y el habitante de la calle?, para lo cual debemos responder estas otras preguntas: 1. ¿Cuál es el punto de partida, o línea de base de la intervención de la municipalidad desde el cuál se intenciona la formulación de un modelo propio? 2. ¿cuales son las representaciones sociales (RS) de la condición de habitante de la calle que están en la base de las relaciones cotidianas y las comunicaciones de los implicados en el programa de atención a esta población?. En este mismo sentido, es importante comprender el caso específico de la atención y el acceso a servicios de salud entendida como la principal demanda institucional de esta población. La pregunta que surge entonces es 3. ¿cuales son las condiciones del acceso de salud de los habitantes de calle y como esta son percibidas por los actores implicados (HDC y personal de salud)?. Por otra parte, el conocimiento del estado de estrés vivido por el personal que trabaja directamente con los habitantes de la calle, constituye una herramienta fundamental para el mejoramiento de la oferta institucional y del impacto de los principios del programa en la población asistida. En ese sentido 4. ¿cual es el nivel de estrés de los operadores del programa de atención al habitante de calle y de que manera esta relacionado con la labor que estos realizan?, ¿de que manera esta situación de estrés afecta la “concepción” (RS) que estos operadores tienen del habitante de calle, poniendo en riesgo el logro de los objetivos del programa?.

Estos son los interrogantes que guían nuestro trabajo de investigación.

ESTRATEGIA DE INVESTIGACIÓN

Atender la población habitante de calle (HDC) - aquella que por condiciones de vulnerabilidad social o por opción hace de la calle su sitio de residencia de manera permanente o transitoria y que, por tanto, se ve obligada a permanecer el día y la noche en lugares públicos, en aceras, plazas, sitios baldíos, estaciones de buses o trenes, puentes, cuevas, orillas de río etc. -, se ha convertido en una prioridad de intervención pues, aunque esta situación no es nueva, en los últimos años se ha incrementado su número y se han deteriorado sus condiciones de vida, de tal manera que, el Estado se ha visto obligado a incluir esta problemática social en la agenda pública.

1. La descripción de la Línea de base

La línea de base funge como una metodología de recolección de información que tiene por finalidad hacer la descripción de una situación dada, para que sirva como punto de partida respecto a los objetivos trazados por un plan, programa o proyecto. Como tal, la línea de base responde a la metáfora básica de la toma de una fotografía en tiempo presente para poderla comparar con una fotografía en tiempo futuro, esto permite a los investigadores, funcionarios y habitantes, saber cuales han sido los cambios dados en el tiempo respecto a un punto de partida en particular.

Respecto al Programa de Atención del Habitante de la calle de la ciudad, esta línea de base recogerá: concepción-conceptualización real y deseada del modelo; metodología de intervención (levantamiento de procesos y pedagogía utilizada); y sistema de evaluación de los procesos (descripción de indicadores cuantitativos y construcción complementaria de indicadores cualitativos).

2. La mirada desde las representaciones sociales (RS)

Para asumir este reto de investigación proponemos, en primer lugar, asumir este problema social como un objeto de Representación Social, entendido como un proceso cognitivo marcado fuertemente por el carácter social del proceso de construcción del conocimiento. Esto implica abordarlo como un objeto de debate y de oposición entre miembros de una misma sociedad, puesto que las representaciones sociales se construyen en la diferencia existente al interior de una

colectividad con relación a un objeto social. Ellas nacen del debate, del desacuerdo entre los grupos constitutivos de un mismo contexto social, en función de la experiencia que ellos tienen del objeto de representación. En ese sentido, las representaciones sociales están íntimamente relacionadas a la experiencia (social), a las prácticas sociales, a la comunicación social y a las relaciones sociales, en tanto que ellas influyen y orientan las acciones y el lenguaje. Para Jodelet (1989, p. 36), las Representaciones Sociales son «una forma de conocimiento, socialmente elaborado y compartido, que tiene un objetivo práctico y de construcción de una realidad común a un grupo social», lo que enfatiza su condición de modalidad de pensamiento específicamente social. En la misma vía, G-N Fischer (1997) define las representaciones sociales como « construcciones sociales de **saberes ordinarios** elaborados a partir de valores y creencias **compartidos** por un grupo social, dando lugar a una visión del mundo que se manifiesta en el seno de las **interacciones sociales** »¹.

Sin embargo no podemos estudiar el objeto “habitante de la calle” como un objeto social “natural” pues, como ya lo mencionamos, esta es una denominación surgida del contexto institucional. Es por esta razón que proponemos explorar el contenido (opiniones, actitudes, información, creencias, etc.) y la estructura² de la representación, operacionalizándola a partir de tres componentes que definen esta noción, es decir, el propio habitante de la calle a través de su cuerpo, el ámbito que este habita (la calle y la ciudad) y la institucionalidad representada en la ley-normatividad.

Metodológicamente hablando, el estudio de representación social implica conocer no solamente sus elementos constitutivos, sino también las relaciones que ellos establecen entre sí. Se parte de la hipótesis según la cual las representaciones sociales poseen una organización interna, que existe una jerarquía entre sus elementos e incluso de las relaciones entre ellos. El principal postulado expone que las representaciones sociales funcionan como una entidad organizada alrededor de un núcleo central (Abric 1994), protegido por un sistema periférico. Para el enfoque estructuralista de las representaciones sociales, lo más importante es la identificación de los elementos del sistema central, los cuales permitirán la generación de hipótesis que determinen la

¹ Las negrillas son nuestras.

² Es decir las relaciones establecidas por los elementos constitutivos de la representación y que le dan el sentido a la misma.

existencia de representaciones sociales diferenciadas en tanto que estas no comportan sus elementos centrales.

3. Condiciones de acceso a salud

La utilización de los servicios de salud se refiere al proceso donde se relacionan la población y el personal de salud, para satisfacer una condición de salud determinada. Esta utilización está definida como los acontecimientos que se presentan desde que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de los servicios.

A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la tolerancia al dolor y a la frustración y a la incapacidad. Se han establecido distintos modelos para el análisis de la utilización de los servicios de salud, un modelo epidemiológico que aborda el problema desde las necesidades en salud, un modelo psicosocial y otro social. Que lo abordan desde la etapa del deseo y búsqueda de atención y un modelo económico que lo aborda en la etapa de inicio y continuación de la atención.

Para el abordaje de acceso a salud, se propone trabajar con base en el modelo Aday y Andersen, que define el acceso potencial como la interacción entre Sistema de Salud y características de la población, para propiciar el uso de los servicios de salud; y el acceso real como utilización efectiva de éstos, asociada a la percepción de calidad y satisfacción del usuario. Este modelo comprende dos dimensiones, las variables del proceso (política de salud, características del servicio y características de la población) y variables de resultado (utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios).

Como antecedente, en estudios realizados en Colombia, se ha encontrado como factor determinante del acceso, el tipo de afiliación al régimen de seguridad social, la edad, el género, las condiciones iniciales de salud, las características laborales, el ingreso y el grado de escolaridad entre otros.

Este sistema sanitario no es universal, ni equitativo, ni justo con la población, y la asistencia sanitaria se basa en una ley no adaptada: no adaptada a las dificultades de acceso geográfico de una población, con la única posibilidad muchas veces de la autocuración o sin medios de

transporte ni vías de acceso, y alejada de los centros de salud. Es así como en los estudios encontrados se hace reiterativo el hecho de que existen barreras económicas, tanto para la afiliación a un seguro de salud, como para el acceso real a los servicios y la inequidad en el aseguramiento y en el acceso a los servicios de salud.

4. Estrés laboral: Síndrome de Burnout

Las personas, profesionales, técnicos y en general los que trabajan o están involucrados en la solución de problemas de las personas o de la sociedad, pueden potencialmente desarrollar estrés. Su forma más avanzada es el denominado síndrome de Burnout que es un anglicismo utilizado por primera vez por Freudembergr (1974), al descubrir el agotamiento al que se sometían los trabajadores de de los servicios sociales. Maslach (2001) fue el primero que dio a conocer esta denominación en una reunión anual de la APA (Asociación Americana de Psicología). Los trabajadores pueden presentar las siguientes manifestaciones: Fatiga crónica, trastornos comportamentales como el ausentismo, el abuso de SPA, superficialidad en el contacto con los demás, conductas violentas; cambios emocionales como el distanciamiento afectivo, impaciencia e irritabilidad y sentimientos depresivos. Puede generar trastornos en el ambiente laboral, detrimento de la capacidad de trabajo y comunicación deficiente.

El síndrome de Burnout constituye una herramienta diagnóstica de posibles trastornos de estrés que afecten la vida laboral, particularmente en trabajadores de programas de atención a población vulnerable y de lucha contra la marginalización.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar empírica y conceptualmente la situación actual del Programa de Atención a los Habitantes de la Calle adultos en la ciudad de Medellín, a fin de brindar elementos para la construcción de una propuesta cualitativa de modelo de evaluación de impacto del Sistema de Intervención y la orientación de una política pública para la ciudad.



Objetivos específico 1

- a. Documentar una línea de base del modelo empírico (conceptos, procesos, metodología y sistema de evaluación) que actualmente guía las acciones de atención y seguimiento de la población de Habitantes de la Calle adultos en la ciudad de Medellín.

Objetivo específico 2

- a. Identificar la representación social que de su condición tienen los habitantes de la calle y la que de estos tienen los funcionarios de la administración municipal que trabajan con esta población.
- b. Explorar el campo semántico con el cual se refieren y definen al “habitante de la calle” las personas categorizadas como tal y los funcionarios encargados de atenderlos.
- c. Identificar la estructura subyacente al contenido de la representación social del habitante de la calle, que le da el sentido y la particularidad a cada uno de los grupos implicados.

Objetivo específico 3

- a. Explorar las condiciones de identificación y otorgamiento de los derechos y proceso de atención en salud a adultos habitantes de calle en los niveles I y II de la ciudad de Medellín.
- b. Explorar la percepción, aceptación y conocimientos de los servicios de salud en los implicados (proveedores y usuarios).

Objetivo específico 4

- a. Identificar la presencia de síntomas depresivos, ansiedad y fatiga crónica en trabajadores del sistema de atención al habitante de la calle adulto.
- b. Identificar patrones de calidad de vida como “factores estresantes” y “factores protectores” que propicien o desencadenen en síntomas de estrés, desgaste emocional o síndrome de Burnout.
- c. Validar el instrumento Malslach Burnout Inventory (MBI) en el grupo de trabajadores del sistema de atención al habitante de la calle adulto.

DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA GENERAL

Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación se basa en una metodología descriptiva de tipo exploratorio en el que se aplican métodos de evaluación rápida, combinando fuentes de información primaria y secundaria de tipo cuantitativas y cualitativas.

Este trabajo aborda la situación estudiada desde los mismos actores implicados en ella. En este sentido, el discurso institucional es entendido como un actor más con un rol particular.

Población de estudio

La población objeto de estudio corresponde a usuarios adultos habitantes de calle de Medellín, que son atendidos por el Sistema de Atención de la Secretaría de Bienestar Social y por la principal IPS que atienden esta población. Los funcionarios y operadores del sistema de atención y el personal de salud del mismo, así como el personal administrativo y asistencial de las IPS's responsables de la atención en salud a esta población.

Técnicas y procedimientos de recolección y de análisis de información

Objetivo específico 1: Revisión de Fuentes Secundarias – *Análisis Documental*.

Objetivo específico 2: Se basará en una metodología exploratoria que busca dar cuenta de la representación social en los dos grupos de implicados del programa de atención a habitantes de la calle. Se realizarán entrevistas Semi-estructuradas con HDC, operadores del sistema de atención y con el personal de las IPS's, en relación con los tres aspectos que operacionalizan la noción de habitante de la calle: el cuerpo, el territorio y la relación con la norma. La información recogida será objeto de un análisis de contenido que nos permita identificar las categorías lingüísticas más salientes para referirse y definir nuestro objeto de investigación.

Objetivo específico 3: Entrevistas Semi-estructurada a informantes claves usuarios y proveedores de la atención en salud (del sistema de atención a HDC y de las IPS's). Dado que se busca hacer conocer las voces de los diferentes actores, la interpretación del investigador tendrá en cuenta

siempre las diferentes visiones sobre los mismos temas. Las entrevistas serán transcritas textualmente y para el procesamiento se utilizará el programa ETHNOGRAPH versión 5. Se realizará un Análisis de contenido temático.

Objetivo específico 4: Se empleará un instrumento eminentemente cuantitativo, una encuesta estructurada (Test MBI). El análisis descriptivo – cuantitativo de corte, buscará establecer relaciones causales que supongan la explicación de los fenómenos de estrés. Se construirá una base de datos en EPIINFO bajo Windows, y se hará el procesamiento y análisis con la ayuda del SPSS versión 11.0. Utilizando medidas de frecuencia y de tendencia central y dispersión, razones de prevalencia para la comparación de subgrupos.

MARCO DE REFERENCIA

APROXIMACIÓN COMPRENSIVA-EXISTENCIAL A LAS POLARIDADES DEL HOMBRE QUE DEVIENE COMO HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE HSC

El tono, tanto de esta aproximación interpretativa como el de la línea de base esta guiado por la intencionalidad de establecer un vinculo comprensivo –una articulación entre entendimiento razonable académico y el mundo de la vida del *hsc*- o en otros términos un vinculo epistémico-amoroso entre la Ciudad y el *hsc*, de ello dará cuenta igualmente nuestra analogía con Cuasimodo el legendario personaje de la obra de Victor Hugo; se trata de proponer una comprensión que provea elementos para la continuidad de un pacto incluyente que se ha venido dando a través de los programas de la Secretaría de Bienestar Social y los *hsc*, para que el mismo siga llevando a mejor puerto las relaciones entre ambos.

De la misma manera, esta tonalidad esta escrita en plural como una invitación a pensar y dialogar sobre la temática existenciaría del habitante en situación de calle. Un tono a veces poético, que no excluye el drama, que le da un nuevo realce, pues *poiesis* es creación, y a lo que asistimos es a la creación del mundo de los habitantes en situación de calle..

1. Los limites de esta interpretación:

De acuerdo con el famoso epitome de la hermenéutica *poéticamente habita el mundo el hombre* planteado por el poeta del romanticismo alemán Hölderlin y que desarrolla Heidegger, según esta, por medio del habla y del lenguaje construimos mundo. Comenzamos con esta referencia para señalar la importancia de los términos que componen la noción *habitante en situación de calle hsc*, pues habitar en el sentido humano remite a la capacidad de habla, el habitar es un nombrar el mundo, el **habitante** es el sujeto de dicha práctica del lenguaje...coincidentalmente habitar y habla tiene grafemas y fonemas similares los cuales implican el habito, habitar del latín '*habito,as,are,habitavi,habitatum*', y hablar del latín '*loquor,loqueris,loqui,locutus sum*'- con este

juego interseccionado de palabras queremos señalar que el habitante humano vive el mundo por la manera como lo nombra, que en esta dirección el *hsc* tiene la misma posición y potencialidad ontológica de cualquier otro habitante, con la particularidad de no cumplir el requisito de vivir bajo el techo propio o estar circunscrito al topos físico y económico de una familia.

En continuidad, el segundo término de esta referencia al *hsc* es el de **situación**, en situación es un término que involucra tanto la disposición de los factores externos como la posición del individuo frente a los hechos, igualmente su connotación remite a la transitoriedad, las situaciones suelen ser temporales, lo que en sí abarca la no determinación última del ser por esta condición, ni se nace ni se tiene por definición futura acontecer para siempre como un ser de la calle, es en definitiva un acontecimiento sociocultural frente al que se dispone el individuo.

Por su parte la **calle** nos convoca a pensar de entrada en los procesos de urbanización, que si bien consideramos modernos debemos pausar a razón de que la calle acarrea en su seno un significado que le es propio más allá de la urbe, la calle es la senda o el camino. Ya en el sentido de las ciudades percibimos que este es un fenómeno que acompaña a la historia de la humanidad, las calles de todos los poblados del mundo han servido de hábitat para los transeúntes, los inmigrantes, los viajeros, los aventureros y los marginados.

Podemos decir de manera fraterna que el *hsc* es un ser que habla en y de su mundo, un mundo en el que su camino existencial es la propia calle, en el que confluyen el camino de la vida y el camino urbano, en el cual el sentido vital se despliega o emplaza en un lugar que para la mayoría es de paso y de transitoriedad, si bien la situación no es definitiva, para muchos de ellos la periodización y la frecuencia de su estadía en la calle puede ser de meses o de años. Este estar en la calle, no necesariamente ser de la calle, es un lapso temporario más extenso que para el ciudadano que posee su techo, pues para el ciudadano “común” la condicionalidad de su techo rompe el ciclo de estadía en la calle, su techo le invita a estar en el día en la calle y de noche en la casa, en contraste, para el *hsc* la temporalidad se juega en el día en calle y la noche en ese mismo camino-lugar. Esta situación en la calle ubica la ausencia de un punto de llegada con el cual romper dicha condición, de tal suerte, el *hsc* es un ser que habita en su posibilidad la duplicación diurna y nocturna de las calles de la ciudad, que altera sus ritmos, pasa noche en vela y día en

sueño, él no se desplaza como viajero de un lugar a otro, su lugar de desplazamiento es concéntrico sobre la urbe, el *hsc* viaja a diario sobre el mismo camino, es Sísifo quien sube hasta la cima de la montaña la roca que debe caer de nuevo para retornarla hasta la cima incontables veces, y en este camino somete su existencia y su ser a la intemperie real, a la exterioridad del ambiente, camino que tiene sus particularidades según el proceso de urbanización y civilidad que le ofrece el paisaje urbano y ciudadano, como tal se encuentra en una condición transitoria que le impele a confrontarse o a adaptarse tanto a su decisión como a los procesos de urbanización y despliegue del desarrollo de la sociedad de su época.

Es pues cometido de esta pequeña y modesta interpretación realizar una lectura del habitante en situación de calle *hsc* desde la perspectiva de la realidad cotidiana sin dar el crédito a una óptica que se crea guiada por el deber ser del moralismo ni por el objetivismo de la racionalidad instrumental. Con Michael Maffesoli reconocemos que hay en este tipo de acontecimiento y de vivencia una realidad caracterizada como multiplicidad y comunidad que a la par es transversalizada por una lógica emocional que desborda en la mayoría de los casos los propósitos de una objetivación radical. A la par concordamos con Michel Foucault en algunos de los elementos de su concepción de la experiencia límite, en especial la experiencia paradójica de *recordarse olvidado*, de recurrir a la memoria que le confirma como un ser que ha sido marginado, acontecimiento frustrante para la mayoría o potenciador según el carácter de unos pocos que se sobreponen a ella, del mismo modo la evidencia de sus vidas nos habla de un constante poner al límite su cuerpo, su existencia, una experiencia del límite en las drogas, la sexualidad, la alimentación, y la defensa-agresión que en la situación de calle lleva a un individuo a transformarse radicalmente en un proceso de reedificación o a ser demolido y sacrificado en las mismas concomitancias intempestivas de su condición.

Este acercamiento interpretativo también ve con criterios socioculturales los usos del cuerpo y de la salud del *hsc*, y si bien los términos psicopatológicos pueden adquirir importancia en casos específicos, y sobre todo en este fenómeno tenemos, queremos señalar que en caso de realizar una analogía sobre el carácter y el temperamento de sus comportamientos colectivos en los términos de la radicalidad y extremismo que de suyo ellos manifiestan entre lo que puede llamarse, de un lado, estado *melancólico* marcado por la tristeza y el duelo, y del otro los eventos

y momentos de la denominada *mania* como estados impulsivos de descarga en sus relaciones cotidianas, el afirmar ambos extremos nos llevaría peligrosamente a una lectura ligera, a afirmar la psicologización de los acontecimientos del *hsc*. Queremos señalar que una descripción e interpretación de las polaridades que se desocultan en esta breve lectura puede recurrir en algún momento a los conceptos mentalistas bajo fines descriptivos de la colectividad ya que en el caso de afirmarlos señalaríamos como anormalidad situaciones que contextualmente no podrían ser de otro modo, dado que nos encontramos en un terreno de experiencias límite, así términos como *borderline*, *manicodepresión*, *personalidad y estructura bipolar*, podrían ser utilizados pero los evitamos para salirnos de las etiquetas. Nosotros advertimos y precisamos que sin una lectura de la realidad en la que viven los *hsc* estos términos descontextualizan y tergiversan el fenómeno y su cotidianidad, vemos que por ejemplo en estos casos los contenidos ideacionales de miedo y la paranoia están ampliamente justificados por los sucesos de inseguridad que atentan contra su integridad, no son el producto necesario de una formación delirante particular o de una tergiversación de la realidad por el uso de sustancias tóxicas sino el efecto de una realidad en la que la violencia es ambiguamente consensuada como un código “ley de la calle” ante los peligros que ofrecen posibles agresiones y violencias reales que ya han sido constatadas en contra de ellos y de sus “aldeas”.

Como decimos, esto igualmente debe considerarse sin negar casos particulares en los que efectivamente se dan los diagnósticos de trastorno mental, los que no son propiamente un efecto de la calle sino que son cobijados y propiciados por los procesos de sujeción en sus familias o en las instituciones de socialización legitimadas por la cultura para ello. Pero no es un objetivo de este estudio diagnosticarlos. En cambio vemos que el comportamiento y la poética tierna y/o siniestra de lo excluido de los *hsc* es aquí amplia y heterogénea.

La insinuación del término *aldea* que se ha hecho en un párrafo anterior también tiene aquí su razón de ser, en la sociología contemporánea se ha llevado o extrapolado el término antropológico de *tribu* para dar una mejor comprensión y explicación a los fenómenos de agrupaciones marginales, o de una marcada especificidad relacionada ya con la deprivación cultural o con la elite cultural también llamada tecnología de punta, en este caso Michel Mafessoli nos ha expuesto la existencia de tribus ligadas a la delincuencia urbana fruto de

procesos de miserabilización de la existencia como de tribus vinculadas a la Internet con altas tecnologías que configuran vínculos sociales específicos, todas ellas, dentro o fuera de la normatividad del contrato social tienen como carácter común o afín su dimensión emocional la cual se constituye en el aglutinante, en el pegamento que profiere la cohesión de su grupalidad, en otros términos, el reconocimiento afectivo cumple la función de factor incluyente.

Sin embargo la noción de tribu es vista por algunos como un término que tergiversa la real concepción de su sentido antropológico ya que esta se ha utilizado para hacer descripciones etnográficas para el *otro*, el no occidentalizado, con esto queremos arribar a una comprensión particular: los *hsc* no son una tribu cohesionada, por su variedad de intereses, producciones y consumos se conectan a diferentes centros de la ciudad que operan como habitats para acceder a las seguridad, al alimento, al licor y las drogas, a la salud, pero en especial para alcanzar la seguridad física y afectiva, estos espacios operan más como aldeas de paso “Carpas” “Puentes” “centros” “oficinas” que proveen la satisfacción de sus necesidades, así, de acuerdo a su nivel de demanda y de relación con la norma y la institucionalidad se inscriben dentro de esas mismas aldeas – su función central como la de las aldeas clásicas es la de proveer- pero más específicamente son *aldeas de paso* en las que se incluyen los mismos centros de atención dispuestos por la gubernamentalidad para la reducción del daño que pueden ocasionarse al renunciar a su autocuidado y al de los otros.

Otro carácter de esta lectura breve y vinculante que se dispone en estas líneas tiene que ver con el fenómeno del temor, de la inseguridad, es a los mismos *hsc* y a las instituciones protectoras de los derechos de los *hsc* a quienes corresponde visibilizar y llevar ante las autoridades los casos en torno a los procesos de victimización que padecen, nuestra labor no está en este caso remitida a hacer una defensa activista, ni una defensa o toma de partido por el *hsc*, concebimos que hay un fenómeno reincidente en el relato significativo y cualitativo de ellos que provee e incrementa el temor en sus experiencias vivenciales cotidianas, temor que entra a ser parte de los grupos y de las aldeas de paso de los *hsc* que encuentran en sus agrupamientos una alternativa para no ser agredidos por ellos mismos ni por los agentes simbólicos y reales de otras violencias que se producen en la ciudad, a la vez tampoco compete a esta interpretación hacer señalamientos sobre niveles de delincuencia en la población de los *hsc*, de hecho las tendencias significativas en las

entrevistas a los *hsc* y a los operadores del programa revelan que la delincuencia en ellos es un fenómeno residual asociado a unos pocos *hsc* que no encuentran o buscan modos de productividad para responsabilizarse de su propio consumo, mientras tanto ha sido evidenciado en los diferentes estudios, incluso en el Censo realizado por la municipalidad, que el principal problema de los *hsc* esta asociado al consumo de sustancias toxicas que proviene en la mayoría de los casos de sus hábitos familiares y sociales, lo cual indica que en los caminos de la urbe se posiciona lo que el socius produce.

Ahora bien, si el orden de una sociedad se define estructuralmente por lo que se excluye, o un conjunto se delimita por un trazo y un corte frente aquello con lo que se diferencia, sabemos entonces que en lo social esa exclusión puede ser radical y promover mayor indignación y violencia o puede ser moderada y plantear un puente de intersección para aquellos que quieren cruzar del otro lado.

2. Interpretación comprensiva: Poéticas de lo otro en el HSC

Todas las ciudades del mundo en proceso de urbanización y desarrollo poseen ciudadanos sin techo, habitantes en situación de calle, lo que caracteriza a unas frente a las otras es la calidad de los programas con que mitigan los factores de riesgo y los proyectos con los cuales atienden dicha problemática.

Vemos algo que esta frente a nuestro rostro y que lo dejamos de lado, para justificar la negación, la misma exclusión y la marginalidad en la que el otro vive, cerramos la posibilidad de pensar el sentido y significado de vivir a la intemperie con nuestros prejuicios u opiniones automáticas, por ejemplo: *eso es culpa de ellos...*, prejuicios que ni siquiera remiten a la responsabilidad sino a las figuras del pecado que tan inmersas están en nuestra piel curtida por procesos religiosos que la más de las veces olvidan la misma esencia de su espiritualidad y eticidad: *la alteridad* –el respeto por el otro-. No eximimos de responsabilidad a cada uno en lo que le concierne, pero tampoco cerramos la posibilidad de pensar el sentido y el significado del proyecto existencial del *hsc*.

Lo que esta a la vista es que el estilo de vida adoptado por el *hsc* es una práctica existencial que somete a cuestionamiento toda la construcción de la idea de progreso y desarrollo a nivel personal y social que ha promovido la modernidad. En síntesis proponen con sus actos una antipedagogía de la modernidad, con un aderezo que hace más compleja y verosímil su actuar: *sobreviven, resisten y persisten en dicho modo de vida*, se adaptan a las condiciones de la intemperie física, afectiva, existencial y social. La idea de ser un individuo que participa de los contratos sociales de la democracia y del estado social de derecho es derogada por la idea de vivir pactos básicos ritualizados sobre necesidades concretas; la idea de mantener el cuerpo limpio para una buena salud es revertida por la de una estética de los detritos y la mugre que fortalece su sistema inmunológico; la concepción de la estabilidad de la pareja entra a ser vaciada y reemplazada por una sexualidad sin limite; el cuerpo no se convierte en el objeto del *spa* de la moda sino que hace las veces de una carrocería o de un duro parachoques, con su idea de cuerpo buscan trascender el organismo, estar por encima de la idea y de la realidad de la enfermedad, concepción y práctica que algunas veces alcanza sus limites cuando el parachoques se trunca o se arruina al máximo; sus modos de aprendizaje no pasan por la institución sino por el camino de las calles, sus vínculos emocionales no se concentran en la filiación de la familia de sangre sino en la filiación de la aldea de paso; de tal suerte su organismo responde a la proposición de la potencia del cuerpo dibujada por Spinoza, Nietzsche, Foucault, Deleuze, según la cual la potencia de la voluntad y de su cuerpo es la que orienta y guía los usos del organismo, así un hombre puede hacer mil cosas diferentes con su cuerpo a las que le prescribe la cultura moderna o la del momento: “*Pero lo que yo he visto, se aguantan el dolor y con la droga, mantienen como encalambrao el dolor ... pues, mantienen la enfermedad como ahí, pasmada...*” (Opd) Esta idea se cumple sorprendentemente para ellos, pero lo es más para nosotros, ellos nos revelan con su vivencia que el ser humano puede vivir bajo condiciones extremas, y con esto están rememorándonos los pasados primitivos que buscamos olvidar o reprimir y los futuros posibles a los que podemos vernos abocados en el caso de las grandes tragedias y hecatombes. El *hsc* es un ser liminal que trae en si una parte de verdad sobre la condición humana que muchas veces no queremos reconocer pero la cual hoy hay que escuchar y tener en cuenta.

Sus prácticas bajo formas muy particulares de ver y hacer en las calles de la ciudad, decimos, cuestionan todo el *socius*: la *polis*, el *ethos*, el *bios*, la *episteme*, la *economía* y la *estética* de la

sociedad moderna. Nos confrontan, suponerlos vaciados de fuerza para la productividad o impotentes para las tareas que requiere la ciudad es otra obcecación, pues vemos que si no existe en ellos producción para el *socius* hay a la inversa mucha potencia para sí, un derroche de gasto en su sí mismo, toda la potencia se consume en su sí –consumo de consumos-, un proyecto de gasto que no reditúa créditos para la ciudad –excepto para los circuitos ilegales de la droga-, esa es otra verdad, otro estado de verdad que no es soportable para la sociedad contractual o mejor para el contrato social, no en vano el imaginario religioso, social y colectivo esta plagado de dichos, refranes y chistes sobre lo incomodo que es trabajar, sobre el malestar que nos genera la responsabilidad, esto hace que al exponer su acto como una verdad sin mascara produzca irritación en los otros, poner en evidencia el saber y la posibilidad de no colocar a circular nuestras potencias en relación con los compromisos de la sociedad moderna, con las buenas costumbres, los convenios de norma y los contratos jurídicos que ha propuesto el *socius* hace un agujero a la sociedad, a sus ideales. Sin embargo hoy por hoy la gubernamentalidad ha empezado a comprender que han otras formas de ser, y que ya no es necesario readaptar sino reducir el daño, no castigar sino convenir dentro del libre desarrollo de la personalidad constituido en el estado de derecho y en los derechos humanos propuestos por el orden cosmopolita.

En cierta medida la etiología sobre las causas del *hsc* es ya conocida y a veces sobrediagnosticada: violencia intrafamiliar en el hogar, consumo de psicoactivos, falta de oportunidades en el ámbito social, y la decisión personal, etc. “...obligan al elemento a independizarse del hogar. Muchas veces aventuras, su independencia, sentirsen libres, si. Otros por vicios, amigos, amigas”(hsc). Esta conexión polar, entre carencia de necesidades básicas como las plantea Maslow y el deseo de liberarse de la sociedad configura el marco de producción del fenómeno al provocar las condiciones de vulnerabilidad social como encuadre del acontecimiento de arrojar su ser a la calle, a la intemperie, esta conjunción de condiciones entre la sociedad y el sujeto precipita la búsqueda de una libertad, el deseo de unas practicas de liberación que están por fuera de la civilidad, que dan como resultados hombres errantes, nómadas, vagamundos, “tribus” urbanas, aldeas de paso, este proceso puede a veces juzgarse como fruto de una anomia en el individuo, pero ello esta lejos de comprender como se produce su acontecer, es otro obstáculo epistemológico leer el fenómeno desde un solo factor pues el rechazo

de la normatividad moral no es más que un elemento entre tantos en un problema de alta complejidad:

Tenemos entonces que los *hsc* se sitúan en un espectro nómada y temporario, ellos se disponen en una situación y estilo de vida tanto con respecto a sus rutas para acceder a los espacios y aldeas de consumo, como frente al tiempo y antigüedad en la calle que va desde resistirse en un inicio a perder su condición de ciudadano “común” hasta incorporar la identidad de *hsc* por victimización o por asimilación comprensiva en la que se reconocen como habitantes que han sido disipados por las dinámicas del estilo de vida que promueve la calle como habitat. Las valiosas definiciones y clasificaciones aportadas por los usuarios y los operarios nos enseñan este espectro tipológico, jerárquico y descriptivo que va desde *trabajadores* (cartoneros, lava carros), *rebuscadores* (cuidadores de carros, despachadores de buses), *retacadores* (pedidores de limosna) , *hasta escaperos* (robos picarescos menores y en poca proporción) y *carramenteros* (los que se dejan caer en la calle, que derribados en su ser tienen arruinada la vida misma). Esta clasificación da cuenta tanto de los rituales de sobrevivencia y de su economía como de sus estéticas, para la cual la imagen entra a ser un indicador del modo en que se ha dado el proceso de *caída* o de *ascenso*, pues ambos son los polos y procesos que están en juego en este ser a la intemperie, caer más o ascender y salir de la lógica de la calle, salir con su camino o proyecto, del aciago camino de la calle.

Entre la configuración del espectro espacial y temporario del habitat para sus ritualizaciones y su decisión de caer o ascender se moviliza el “*judío herrante*” “... *estamos pelaos, estamos pelaos, tenemos hambre, nos andamos toda la ciudad de Medellín rebuscándonos qué comer, rebuscándonos una moneda, para la sobrevivencia. Esa es la sobrevivencia. Eso es lo que yo llamo la ruleta del juego de la vida*” (*hsc*). Podríamos pues trazar un plano cartesiano para estas polaridades (espacio y tiempo), y (caída y ascenso), cruzarlas y tener un cubo ya no cartesiano sino existencial en el que los puntos de intersección entre un eje y otro dan cuenta de los momentos en que la decisión, el azar, la suerte y la muerte a todos nos llegan.

Podría observarse que las formas de las figuras nómadas de la calle, *trabajadores*, *rebuscadores*, *retacadores*, *escaperos* y *carramenteros* tienen jugada con mayor intensidad su existencia en el

cuadrante donde confluye la movilidad azarosa “judío herrante... la ruleta del juego de la vida.”...en la que esta intensidad combina con la idea de una vida al límite, una vida extrema de la cual se puede aprender un nuevo estilo para ser. Pero para otros en su narrativa vital la vida de la calle no parece ser tan trágica y azarosa, estos textos nos ilustran algunos casos: “... *después de estar un tiempo en la calle, nos damos cuenta que también es una nueva experiencia que se adquiere y nos damos cuenta del valor que tienen las cosas, las cosas pequeñas; y el valor que tienen las personas que realmente creímos que nunca nos iban a servir.*” Y “...*que vivir en la calle ... la calle es del que quiera. La calle... nosotros estamos en un mundo donde el terreno es... donde el terreno abunda, el agua, todo... para el ser humano, mejor dicho, Dios nos dio en abundancia a nosotros para que hiciéramos lo que quisiéramos y seamos los dueños de este mundo. Por eso yo creo que no hay ser humano que sea menos que otro.*” Ambas versiones de estos *hsc* redundan en una posición espiritual que trae visos del aquí y el ahora budista y de la providencia cristiana.

Las imágenes –iconología-, **los espacios** –topología-, y la **temporalidad** –cronología- de los *hsc* son **indicadores e indicativos** de unas costumbres que se han constituido a la vez en fuente de trabajo de fotógrafos y periodistas, de documentalistas y cineastas, de trabajadores sociales, pedagogos y psicólogos, la imagen del *hsc* en sus propias palabras y en el hablar de los operadores y funcionarios dice de su proceso, y de los procesos de la urbanización, así pues nos revelan a continuación las **tendencias cualitativas más significativas** desocultadas aquí como polaridades.

A. Polaridad: búsqueda del proyecto civilizatorio y/o retorno al naturalismo

Esta primer polaridad nos muestra de un lado los elementos que empujan al mantenimiento de los ideales del hombre moderno incluyendo la posibilidad de un mayor desarrollo de la autonomía y del otro una renuncia a hacer parte de dicho proyecto. “*Sí, yo creo que el callejero que anda solo o todo aquel hombre que anda solo, se forma todo un hombre de respeto*” (*hsc*) esta es una expresión en la que explícitamente hay una propuesta de autocuidado, una apuesta de ganarse para Sí, es la apuesta de un anacoreta penitente en la calle, es el eremita del camino de cemento que busca edificar su carácter en medio de la ciudad, igual hay textos significativos que validan el

proyecto de la calle, puntos de inflexión, líneas de fuga que ven la calle como proyecto vital “*para mí la calle es mi vida*”. Dando con esto, a la calle, un sentido de pertenencia, un valor propositivo para la última franja de la escala económica y social.

En la misma red de vivencias, significaciones y de polaridades está el otro extremo, la calle emplazada como su hogar se establece como un espacio supletorio de las demandas existenciales básicas (dormir, comer, afecto) y existenciales (protección, diversión, juego) bajo la emergencia de un reacontecer naturalista, la intuición aparece como una herramienta de sobrevivencia que es nombrada como instinto, ante la pregunta “*Cómo elegir el lugar para dormir?.. - Por el instinto*” dice sin dudarlo uno de los *hsc*, propiciando con ello el reencuentro con una recreación primigenia a la que se suman las figuras de “*aves de paso, “duermen en manada” o “camadas”*”.en donde se exponen al contagiado de las molestias de dicho contacto “*el carranchil, las pulgas, chinches, todas estas carangas, que ellos si son revoletadoras, pues se mantienen en todas las guaridas*” (*hsc*) a esta realidad cuasiprimitiva responden con la inherente ley de adaptación y de selección natural “*uno en esta situación, le toca es acomodarse a la situación*”(hsc).

En esta polaridad hace las veces de mediación la gubernamentalidad, entra a promover la apuesta que le corresponde al estado de derecho, en “*Centro Día, les empezamos a hablar de eso. O sea, que ellos también tienen derechos pero también tienen deberes, cierto. Que debemos de compartir un espacio con las personas. Entonces que igualmente, que ellos quieren respeto pues, deben de respetar*”(opr)

B. Polaridad: cuidado del organismo y/o el organismo como un remanente repotenciado

Un ciudadano puede tener un auto ultimo modelo y conducir su vida según el estatus que le da su auto, llevar su auto al mejor concesionario, otro puede comprar un auto viejo y tratarlo con excesos, pues le vale poco y el mismo hacerle los arreglos. Esta idea del cuidado de los objetos puede aplicarse análogamente al cuidado del organismo “*ellos mismos, se medican. Ellos mismos se curan las heridas. Cuando ya comienza verdaderamente a ser purulenta, delicada, ahí sí piden un consentimiento médico pero ellos son muy irresponsables en ese aspecto. No valoran y no*

tienen un sentido de vida claro.” Manifiesta uno de los operadores. Pero en el mundo de los *hsc* están “mitad y mitad”³ los que cuidan de su salud, que todavía no hacen uso de su organismo como un parachoques y conservan el vínculo con las mediaciones formales del estado participando de los beneficios del Sisben, del sistema de salud, llevando a cabo la misión de la reducción del daño, y aquellos que su salud no les importa. Esta forma de cuidar o de descuidar de sí se refleja en algunas expresiones “*Yo soy drogadicto y alcohólico pero no me dejo denigrar así tampoco*”(hsc)

En esa otra “mitad” están quienes en su proceso dejan que pase duramente la vida sobre sus órganos, tratan su organismo como parachoques “*prefieren morir mejor, ...ni a bañasen, ni a que les den una pastilla, sino que viven por ahí durmiendo día noche y Se van muriendo lentamente. Cuando menos piensa, los encuentra uno ya tiesos ahí tirados en el suelo*”(opr) esta actitud extrema se encuentra especialmente en quienes priorizan el consumo a la salud ya que entran en un proceso de rechazo de las mediaciones culturales del estado de derecho, para ellos es predominante que su relación con el organismo desde su representación del cuerpo esté en el plano de la descomposición por los efectos de la intemperie y de su decisión. Podemos evocar que en la edad media muchos de los hombres que ganaron la santidad hicieron algo semejante, entregados a la oración y a la meditación permanecían estos monjes a la intemperie junto a un árbol, sin comer, sin bañarse, y se iban enfermando, el deterioro llegaba con la lluvia y el sol, eran presa de bichos, no permitían que sus infecciones fueran intervenidas, pululaban plagas en su cuerpo, mal olor, sumado a realizar sus necesidades en la misma posición, pero no era por el consumo de la droga, sino por el consumo de la espiritualidad, habrán quienes encuentren en su lectura un fondo común para ambos, pero sobre ello no tratamos aquí, lo que si hay a la vista es un fenómeno de renuncia similar con deseos diferentes.

En dicha entrega radical a dejarse deteriorar por el medio aparecen los que convierten en un proceso funcional esta situación, los que se fortalecen en medio de la vulnerabilidad, los que se hacen más resistentes a la enfermedad que les viene de lo que se respira (aire de río contaminado, consumos tóxicos), de lo que se toca y cómo se toca (la piel -camadas) y de la forma en que se vinculan (la agresión y la violencia), les vienen dados tres grandes arquetipos de la enfermedad

³ Utilizamos la expresión “mitad y mitad” para exponer no porcentajes sino posiciones contrarias o divergentes.

primitiva y del futuro, aire mal sano, cuerpos cubiertos de virus y bacterias, y relaciones de supervivencia guiadas por el cerebro emocional. A la vez estos tres contactos son tratos paradójales puesto que son vitales y mortíferos, el ambiente, los afectos de la solidaridad y del poder agresivo son formas de incluirse en el otro y con el otro para saber si están adentro o afuera, arriba o abajo, son aspectos que les ayudan a responder las cuestiones inherentes a la ontología de la exclusión-inclusión.

En estos trazos y rutas vitales por tratar de responder a sus necesidades, surgen los *hsc* que llevan otra radicalidad escrita en el organismo, la radicalidad de la multiplicación de sus defensas que tanto sorprende al hombre de la modernidad *“Ellos viven entre la basura y no les pasa nada! Tienen una resistencia impresionante a las condiciones más extremas, extremas pues, habidas y por haber. ¡Aguantan lo que sea! Entonces para ellos, que se les haga una enfermedad de las manos, es decir, comparado a nosotros que muy sanamente lo hablamos, “gente normal”, a nosotros en unas condiciones de esas, mejor dicho ¡nos lleva el carajo!” (opr)* Este es entonces un organismo *repotenciado*, ante la misma situación el habitante común tendría su organismo maltrecho. El individuo común asimila cuerpo y organismo bajo una sola idea, la idea moderna, crea una identidad para ambos, en este caso en algunos *hsc* se produce una disociación transcursiva, un discurso transversal sobre el organismo que rompe esa idea de salud para la normalidad, en ciertos casos rechazar la enfermedad como tal puede incrementar las potencias del cuerpo, pues a menor conciencia sobre la enfermedad la programación mental no dedica energía a la ansiedad y el estrés, factores emocionales que en muchos casos aceleran el curso de la enfermedad.

C. Polaridad: la estética del buen ciudadano y/o el teatro del camuflaje-

Algunos *hsc* han decidido en su nomadismo mantener la estética tradicional, la de las buenas costumbres, su blue jean lavado y su camisa por dentro *“ Ud. me ve a sí, mucha gente dice, no, yo no creo que ud. sea “habitante de la calle”. Pero como no voy a vivir así, medio limpiecito, sabiendo que aquí me regalan el jabón y el agua.”* O *“una cosa es “habitante de calle”... como habitante de calle puede estar bien vestido, bien aseado; pero ya la persona que se degenera es, pa’ mí, un gamín” (hsc).*

La otra “mitad” contrariamente encuentra en la mugre una estrategia de sobrevivencia *“hay unas personas que les gusta... les gusta verse sucios, les gusta... pues, ya creo que se vuelve como una forma de... vida que ellos mismos forman”* (Opr), tenemos así que no todo hsc tiene sintonía con la imagen de lo sucio, que para ellos se conforma el par polar de lo limpio y lo sucio ya con sintonía o distonía frente a dicha condición.

Ambas tratan estrategias diferentes, quienes buscan la limpieza creen en el mantenimiento de vínculos sociales que les posibilitan acceder a un trabajo de rebusque, -trabajadores y rebuscadores-, los otros, en donde pueden ubicarse los mendicantes, los escapistas y los nombrados carramenteros establecen como táctica el traje villano, el camuflaje tanto en lo escabroso como en la sobreactuación que a ella se suma: *“A mí hasta me hacen reír acá porque tuercen los brazos, la boca, eso pues, cualquiera les cree que tienen una enfermedad (se ríe) ¡Son los artistas más grandes que yo conozco!”* (opr) asumen una estética del detrito (sobras, despojos, piltrafas, basura, excremento, residuo, retazos) y una posición de remanente existencial sometido a la voluntad del tiempo y el espacio. *“viven así como gamines, ..todos cochinos, cagaos y miaos, y todos empantanaos...”* (hsc) es el estilo del camuflaje, en la ley de la calle, la metáfora de la ciudad como selva o jungla de cemento está implícita, y para el combate la estética del detrito o del desecho es una táctica clave, la manera de anexarse desechos al cuerpo no sólo esta inscrita en la memoria atávica de los animales en la selva y los montes sino en los guerreros que usan el camuflaje-ocultamiento con diferentes fines, aquí la mugre, la caca, los miaos, sus olores y hedores cumplen una función que les permite, como lo muestran las entrevistas, ser rechazados, indeseados, temidos, y de paso conseguir sus denarios para fines de alimentación y consumo de tóxicos. Al respecto vale resaltar que el talante o la estética del detrito como estrategia económica es al decir lucidamente de uno de nuestros interlocutores, un uniforme *“para mí es un “uniforme” que muchos, una gran mayoría de ellos, utilizan”*(opr)

D. Polaridad: aventura-juego o trabajo

Ya hemos hecho o han hecho mención los interlocutores entrevistados del interés de algunos de los hsc por trabajar y lograr lo mínimo de su manutención y satisfacción de sus deseos, de este lado encontramos una tendencia significativa a hallar trabajos y pequeñas labores remuneradas en

el rebusque, del otro esta la apuesta por el gasto y el consumo en la vía de su propio hedonismo, una vía que muchas veces invita a la poética del juego “*Nosotros tenemos nuestro mundo. Nosotros tenemos nuestras oficinas, que ojalá uds. dentraran a una oficina de nosotros para que vean la elegancia que es por dentro, la elegancia. Eso es como un casino. Una “olla”, como lo llama todo mundo, eso es como un casino por dentro.... Porque eso allá se ve de todo juego: juego de dados, juego de naipes, juego de caja, juegos de todo tipo de juegos. Se ven comercio, ... en ropa, joyitas, cualesquier, un muñequito, sí. ¡Todo esto!*” (hsc)

Por eso no esta lejos para algunos de ellos decir que “*Hay unos que, que la calle le parece su casa, muy bueno, muy chévere, que porque se pueden divertir*” (hsc).

E. Polaridad disposicional - compasivos incluyentes o resentidos excluyentes

Hay una nueva tensión, existen quienes al asumirse como hsc por el tiempo que llevan en la calle o por decisión no juzgan mal a los demás hsc “*No los puedo pues, sojuzgar tampoco, pues soy un elemento de ellos*”(hsc), otros por su parte vinculados a la aprobación de las practicas deseables reprochan los actos de sus pares “*Viendo el baño ahí y se orinan y se cagan detrás del baño*” (hsc).

Pero sus actitudes ante su condición no sólo implican su juicio y critica sobre el semejante sino el temperamento, como afirma uno de los operadores “*... el habitante de calle es muy mal genio! Eso todo le choca! Y no es humilde, el habitante de calle no es humilde, todo le choca. No vea, que ese man, que medio lo tocó así y de una vez alegan. El habitante de calle es así: aletiao pa’ todo momento.*” En cambio otros afirman que es humilde si es tratado con cuidado y respeto “*Hay personas que con mucho cariño llegan donde uno: vea, esto no es así, esto es asá, ta, ta, tal como es*”(hsc) Se juega pues una versión polar, de dos rostros, entre la humildad y la soberbia.

F. Polaridad: inversión de los rituales íntimos y públicos

Ya hasta aquí hemos visto suficientes polaridades, campos de tensión para el ser a la intemperie pero una de las más complejas es la que se nos presenta en este punto, el hsc hace su vida íntima

en el espacio público, vive en una inversión completa de la relación de lo íntimo como para sí con lo íntimo a la vista de otros, vivencia el cambio y la ruptura de la promesa del espacio privado subsumido en el espacio público en consecuencia *“Ellos no tienen límites de ninguna clase, no les importa lo que digan, lo que vean, lo que miren, lo que escuchen, nada!”* (opr)

A la par desarrollan una concepción de ver la calle, el espacio público como algo que les pertenece, es “su casa”, y por ello *“muchos de ellos no son concientes de cuánto le cuesta al Municipio de Medellín, inclusive a la sociedad en general, la construcción de lugares para la recreación o para el deporte, para la parte cultural, y ellos no tienen límites en eso. Ellos dañan, ellos cortan lo que es el metal, lo que es las varillas, los anuncios, todo lo que tenga valor para ellos, lo cortan, lo dañan.”*(opr)

El trastocamiento de la función del espacio público y el privado para lograr desarrollar a la par su vida íntima y privada tiene un supuesto básico *“La calle para ellos es todo. La calle para ellos es la vida, es la sala de la casa, es la habitación de la casa, es el sanitario, el comedor, es la cocina, es el alma, ¡es todo!”*(opr) De este modo la conversión de la calle como su casa da cuenta de la única y real apropiación de su ser a la intemperie.

G. Polaridad: comunidad emocional de amores y rivalidades

En conexión esencial con el desarrollo de la vida íntima en el mundo público esta la emergencia de su comunidad emocional *“yo me doy al querer de ellos y los quiero a ellos como, sí. Así sea por lo más gamines que sean, yo le doy también el apoyo que ellos me dan a mí.”* (hsc) conservando con ello lazos de cooperación y solidaridad con los cuales comparten sus cosas, sus historias, su comida, su dinero. Y esto hace de nuevo conectividad con la idea de las camadas *“yo duermo como en el medio de ochenta locos y eso llegan las parejas y se tiran ahí y eso hacen el amor. ¡No dejan dormir!”* (hsc)

Las vivencias amorosas de una comunidad emocional primigenia sobre actos sin vergüenza ni tabú tiene para ellos una explicación igualmente adaptativa y naturalista *“el elemento por cuestiones naturales... esos encuentros así amorosos, una necesidad fisiológica”* (hsc) pero tal

“primitivismo” es a la vez vestigio y a la par promesa-posibilidad, es arqueología y prospectiva, al pertenecer a nuestro presente invocan las paradojas de nuestras relaciones pasadas y futuras en caso de fracasar el actual proyecto civilizatorio. Tal naturalismo antiguo y futuro en el presente emplaza un proyecto alternativo y posible cuando fracasan nuestras mediaciones institucionales como una línea de fuga surgida de la radical diferencia de ser que puede manifestarse tanto en el mejor de los artes como en ser habitante en situación de calle. Esta radicalidad hace que en medio de la comunidad emocional la primacía de las necesidades fisiológicas de salida o de descarga (copular, comer, tomar, consumir) sin dique, someta el organismo por medio de su cuerpo discursivo al mayor de sus límites, a una experiencia del límite capaz de trastocar los supuestos de la cultura.

“me acuesto solo y resulto involucrado ahí con ocho o diez locos más a media noche, se me van metiendo ahí a un lado”(hsc) emerge la figura del nido, de la cueva, de la caverna, de la camada. Pero si de este lado tenemos que la aldea para pernoctar, como camada, fortalece las emociones de integración, por fuera de ella irrumpen las experiencias de rivalidad y de sometimiento, la lucha y competencia por obtener el mando-la autoridad, y estas ya se ganan por antigüedades o por fuerza *“..a tomar pues monopolio, ¿si me entendés? De que yo, bueno, no señor, tenemos que respetarnos las antigüedades.”*(hsc) como puede verse son criterios que nos lanzan reiteradamente a las imágenes representacionales de la etología.

Entre comunidad emocional de amores y de rivalidades surgen excepcionalmente quienes se oponen a hacer parte de dicha comunidad *“Con quién comparte ud. el lugar donde vive? .. Solo, yo soy como el ave, como el águila solitaria. Yo ando solo, yo no necesito marido, yo no necesito compañía”*(hsc). Es en efecto un águila solitaria en la noche.

“pasan muy fácilmente de lo que son los amoríos a los agarrones” afirma uno de los operadores del programa.

H. Polaridad: cuidado de su propia seguridad y descuido de su integridad

En la comunidad emocional hay un elemento que esta siempre en su núcleo, la búsqueda de la seguridad, esta comunidad puede igualmente desplazarse, pasar de una aldea de consumo a una de protección “...yo de estar en la calle, prefiero estar acá en el patio, porque acá a mí me cuidan los líderes y me dan mucho apoyo y no estoy afuera consumiendo como mucha gente que sale es a consumir afuera de todos los vicios” pero quienes viven sus noches en la calle saben que “uno se acuesta a la voluntad de mi Dios porque eso de un momento a otro llega un loco y lo apuñalea a uno ahí y le mete candela a uno”(hsc) Vivencian ellos que en las noches surgen eventos en los que hay ataques en la ciudad, sucesos que evocan las quemadas de la inquisición, los rituales medievalistas.

La búsqueda de su seguridad se posiciona ante la dinámica naturalista del acechador y la presa: “Si una persona quiere venir a atracar a uno sólo, lo podría hacer más fácil, o herir a uno sólo, lo podría hacer más fácil que si los encuentra en grupos porque sabe que en el momento de la gresca, la riña o la situación, puede ser reconocido ...hay unos pues que tienen sus culebras y a toda hora viven como asustados de que de pronto los va a coger la culebra en la esquina” (hsc) Ya se nos va dibujando la ley de la calle, la ley de la jungla de cemento, por un lado águilas solitarias, por este otro culebras.

Se busca seguridad y protección en medio de la “ley de la calle...respetar y hacerse respetar, el que no respeta le ponen la mano en la geta, sí, bien.” (hsc) Tenemos entonces varias imágenes de la calle y de sus aldeas, imágenes que levantan una cartografía de sus recorridos: la calle como jungla (violencia), como aventura (el casino), la calle como opción de consumo (las “ollas”) la calle como salud y autocuidado (Centros de apoyo y salud de la gubernamentalidad).

I. Polaridad: régimen diurno y régimen nocturno

El régimen de vida diurna y nocturna tiene diversos modos de actuación, en el día priman el trabajo, los rebusques, en la noche la redistribución de la renta social por vía de la agresión, un proceso en el que están implícitas las consignas - trabajo si quiero, o sino pido, y sino agredo-. Están a la sazón articuladas las necesidades de seguridad y los usos del día y de la noche “Yo soy una persona y así como yo hay muchos, que escogemos la guarida donde sea más oculta. Yo soy

un personaje que yo para un cambuche y lo escoge así, que todo el que pase por el al pie mío no me vea, mas yo veo todo el paisaje, el panorama, yo me analizo todo el territorio, lo malo que hay, lo que sucede dentro del barrio y a mí nadie me ve” (hsc) el discurso de un búho en la noche que nos ilustra su acecho y los riesgos de los que se protege.

Por su parte otros anexan a las condiciones de seguridad los requerimientos de su propia noción de confortabilidad “ *...en el recinto no vivía nadie. Me gustó el silencio. La soledad y la oscuridad, amigo, siempre he sido amante de esos principios, ¿si me entiende? Me gustó demasiado y me quedé amigo, entonces yo digo cuando uno elige un lugar de estos es por la tranquilidad en sí mismo, que le da el lugar, el elemento, si; de que se siente ameno si quiere habitar, si, se siente bien y habita amigo, si.” (hsc) Hay pues una percepción sobre que espacios habitar y una apropiación afectiva de los elementos que para otros son desecho “*Se reconoce, hermano, si, de que ese espaciecito es de uno, de uno amigo, y que lo adora uno ¿si me entiende? Sus plásticos para acostarse y dos cartones, hermano, se adora amigo” (hsc).**

J. Polaridad: dialogo o agresión en la solución de conflictos de intereses

La imagen tradicional del hsc es la de un ser emotivo y agresivo, no podemos calcular en esta lectura cualitativa el porcentaje de estas actitudes, pero si señalar que poseen modos y códigos particulares para resolver sus diferencias, desde el **dialogo** “*Unos, pidiendo disculpas, buscando... siempre, o sea, algunos hiriéndolos pues, cierto, pero cuando se pueden solucionar las cosas, hablando. La hablan, o sea, entre ellos mismos se respetan ...Se respetan, respetan, es más, uno puede ver aquí gente que lleva muchos años en la calle y nunca le han pegado una puñalada, pero ¿por qué?, porque han sabido vivir, sobrevivir en la calle. Han sabido llevar como las normas de la calle entre ellos mismos” (hsc)*

Por la altura de la voz, **hablarse duro y razonar** “*son capaz de bravearse y el otro defenderse y el que habló más duro, ganó esa discusión, ya. Incluso ese es más “parao” que yo porque manejó fácilmente lo que es el verbo, cierto. Y en estos días, por ejemplo, también veía que siempre que se utilice, yo no sé si será adecuado hablar de la razón, pero por lo menos uno ve que si hay una persona que es capaz de hacerle ver, pues, las razones por las que se está*

discutiendo, “el habitante de calle” también es capaz también de perder esa pelea porque tiene unas razones de más valor que las que yo tengo” (hsc) Aquí emerge una figura de lucha ser “parao”, ganar de fuerza verbal o de fuerza argumental...pero si estas formas no funcionan para la solución de conflictos entonces emerge su potencia agresiva “Aaaa, pegaíto!, el que brinca, brinca y el que baila, baila. Pero así, manito a manito, pegaitico, ¡pam!, ¡pim!, ¡pegue y ya, abra el hueco aquí, abra el hueco allá! Si todo mundo se pusiera a analizar una pelea de par gallitos de pelea, se dan cuenta que nosotros somos los personajes que sabemos manejar la punta, la punta, el cuchillo. No un revólver como los cobardes de los barrios que son unas “chandas”, son unos pirobos. Los bandoleros son unos pirobos, unas chandas, cobardes esos pirobos. A nosotros no nos dan la medida ni la talla brincando con...en la mano, brincaito y bailaito y en un solo puntico.” (hsc)

Hay una preferencia por las llamadas armas blancas para resolver conflictos, los gallos, con las espuelas hacen su danza, de tal modo que en la ley de calle el arma tecnológica esta ausente. En las causas de conflictos se narran desde simples monedas hasta manejo de territorio, desde gestos hasta tocarse sin autorización, pues su organismo esta sobrevalorado frente a los otros, en caso de una diferencia con otro, ese otro no debe tocar su cuerpo, (quizás es subvalorado para sí desde nuestra perspectiva de la salud, pero hipervalorado cuando se trata de sus más mínimas posesiones). Estas causas pueden llevar a un cobro de cuentas más allá de la ley del talión, llevar actos sin proporcionalidad ni equivalencias conducida por la emoción y la fuerza desmedidas.

Quizás en esta cultura los seres humanos a menor numero de cosas por defender desplegamos mayor intensidad y territorialidad sobre lo poseído –el ser definido por lo que se tiene o posee, no el ser por el ser-, si el otro toca mi territorio pone en riesgo mi existencia, la de mis cartones y muñequitos, se llega a un campo en el que los signos y objetos de la vida cotidiana representan la misma posibilidad de existencia de un ser en el que cada intento de expropiación recuerda la frustración de los acontecimientos pasados en los cuales vivenció el camino hacia la actual intemperie.

En el campo de batalla el general está cómodo y seguro de sus recursos, duerme cuando el ejercito es grande y amplio, pero cuando menor es el tamaño de sus fuerzas encuentra que debe estar alerta, que debe incrementar su expectancia y responder rápido frente a los ataques

foráneos, en la calle el arte de la guerra y sus estrategias de defensa están a la orden del día ...De esto también es capaz un cuerpo, de defender ciegamente 100 céntimos o un cigarro...allí radican sus riquezas.

Esta condición de lucha por lo más mínimo refleja su percepción de la justicia social, al ver los fallos de ésta producen una concepción propia de la justeza singular, cada cual a su medida se juzga y juzga a los otros... aquí la necesidad de la ley como referencia confirma una de las tesis de Deleuze, la única ley es la ausencia de ley, a mayor proximidad a la naturaleza más fuerte es la presencia de la esquizo –el poder creativo de la naturaleza-, la confirmación de que en la producción deseante no hay leyes preestablecidas, ellas se producen a su manera.

K. Polaridad: aceptación y rechazo de los representantes de la autoridad

Arribamos a la consecuente polaridad entre quienes aprecian y quienes rechazan la autoridad *“Las autoridades pues, nos aprecian de una manera muy diferente, mejor hoy en día, que en otros tiempos. En otros tiempos que hacían recogidas de estos elementos, los metían a las plazas de toros, a los estadios, permanentes, F-12’s y demás, ¿si me entiende amigo? Hoy en día no, hoy en día no. La autoridad es en cierto momentos o niveles, son tolerables con uno bien, bien, bien, ¿si me entendés?, bien, se puede decir bien(hsc)”* Esta es una percepción de respeto hacia la autoridad, otra nos dice lo siguiente *“la ley son personajes en los cuales están metidos en un uniforme y abusan mucho de él. Eso es la ley. ¡Abuso, abuso y guerra! ...(pero dice el mismo hsc) ... la ley aplaca todo tipo de problemas. La ley evita guerras, la ley evita muertes”* Con este y otros enunciados significativos decimos que no hay aquí una diferencia clara entre ley, justicia y autoridad, ellas son amalgamadas, lo que hace que se confunda la instancia de la ley simbólica, la representación de la ley y el mal manejo de la ley *“La ley, le digo qué, la ley pa’ mí...es que vea, la ley es una cosa que montó el gobierno, sí o qué; pero la ley es torcida. La misma ley, roba. La misma ley, delinque. La misma ley, mata. Entonces ¿por qué la ley va a existir? Sino existiera esto, también sería un mierdero!”* (hsc) Pero esta confusión no es reprochable, la deprivación cultural ha hecho que incluso quienes representan la ley no diferencien la función de representarla de la concepción de creerse cada uno la ley para el otro. De esta amalgama de confusiones surge igualmente el real miedo que tienen

los hsc a las justicias particulares...y de paso su falta de credibilidad en la justicia y en la autoridad institucional les lleva a configurar sus propios modos de autoridad como es el caso del “Cacique” de la calle. *“ponga una denuncia, ponga una denuncia si lo están, cierto, si lo están maltratando, ponga una denuncia” Pero ellos, básicamente, no creen en eso. Creen más fácil que el cacique de la calle les va a arreglar el problema, ése les arregla el problema, la ley no, ellos mismos.”* (hsc)

L. Polaridad: pasada ausencia institucional y presencia mediacional actual

Entre los hsc se encuentra la tendencia a evaluar positivamente el programa de la Secretaría de Bienestar Social, ellos tienen como punto de comparación la ausencia institucional en el pasado *“En anteriores ocasiones, años muy atrás, no existían estas instituciones. El elemento tenía que valerse por sí mismo, sí, o remedios “X” pues, aislados. Hoy por hoy, que existen estas instituciones, el elemento que conozca los centros, acude a ellos. Porque hay ese carisma, pues la cuestión gubernamental que apoya en todos los aspectos y niveles”* (hsc) En especial hay un reconocimiento y valoración de los servicios de salud del estado, la búsqueda de que la ciudad, como *femina o mater* provea el abrigo ante la padecimiento y la dolencia del ser, que les acoja un lugar donde dormir y comer *“Ah pues, esa pregunta si... a mí me han atendido bien, yo como tengo SISBEN, yo voy, pago, consigo lo de la consulta y voy, normal. Uno como habitante de calle no lo pueden discriminar”* (hsc). Aunque igualmente debe tenerse cuidado con los discursos de hsc que se han institucionalizado de tal modo que evaden la posibilidad de asumir su autonomía y responsabilidad *“...Centro Día es nuestro hogar, nuestra casa”* o *“...toda aquella persona que es habitante de la calle y es consciente que tenemos nuestro hogar, nuestra casa, que tenemos nuestros padres, que se preocupan por nuestro bienestar, llegamos aquí a Centro Día.... Porque es que yo tengo, todos nosotros tenemos carné SISBEN Para mí, la atención en los hospitales, es una atención muy linda, muy hermosa, porque son personajes que se preocupan más que todo por el “habitante de la calle” que por el usuario de los barrios”* (hsc) posturas que son imposturas que desfiguran la realidad.

Los hsc que se han vinculado a las mediaciones formales del estado se benefician adecuadamente de sus derechos a la salud a través del sistema de salud que les provee lo necesario con el fin de

reducir los daños generados por las condiciones de vulnerabilidad que les son inherentes. Así mismo ante la institución y los programas emergen dos nuevas demandas por parte de los hsc, una de ellas, dentro de la perspectiva de derechos y deberes piden que se mantengan las mismas normas para todos, de lo contrario se rompen los pactos de habla, se afecta el desarrollo del sentido del proyecto centrado en derechos y deberes desde los pactos cotidianos *“Por ejemplo ...acá mismo, es que acá mismo se ve la...¿cómo es que se dice eso? Se ve la preferencia. Por ejemplo, hay unos que, por ejemplo, salen y entran todo el día y acá uno no puede hacer eso. Y que uno va y llega y le dice al líder: que vea, le dice uno vea déjeme salir, dizque: no, yo no lo dejo salir ..”*, (hsc) la otra es la demanda o pedido de ofertas educativas y culturales que formen al “elemento”.

Cierre de esta aproximación

Hasta aquí vemos que el ser a la intemperie de los hsc se juega en estas polaridades que a la vez son tensiones extremas de su vida como ambivalencias con las que interactúan. Con estas mismas “mitades” deben tratar los pedagogos y los demás funcionarios. Esta polaridad configura un rostro de dos caras construidas a base de conflictos que exigen a estos trabajadores de lo social una adaptación y una flexibilidad inusual que les guíe en el arte de saber-hacer, para disponer la apertura, la inclusión y los límites en el momento y la situación adecuada. En este sentido el grupo de apoyo a los hsc requiere a la par de un apoyo profesional, un grupo de apoyo al apoyo,

La apuesta de un programa de atención y acompañamiento mantiene un vínculo de inclusión entre la ciudad y el hsc, pues para él, que tiene su ser a la intemperie biológica, afectiva, económica y social, que vive en un entre, entre esa desmesura de la caída y la oportunidad del ascenso, entre el ritmo de su fuego que se enciende al máximo y se consume sin programación, sin agenda, sin responsabilidades para con los otros, es adecuado poner para sí un puente de mediación, una posibilidad para mitigar o salir de esa ruta. Y si bien es este carácter, no-social, contra los ideales de la sociedad el que vuelve insoportable su llama como verdad y posibilidad para los demás hombres que lo testimonian, la posibilidad o la puerta abierta de la ciudad les recuerda la opción de retomar otro camino, una avenida diferente a la trágica autopista de la calle.

DISCRIMINACIÓN, EXCLUSIÓN, MARGINALIDAD, ESTIGMATIZACIÓN: FORMAS DE LA VULNERABILIDAD DEL SER Y SUS DERECHOS

1. La Vulnerabilidad:

No se encuentra en el medio una teoría, un referente o paradigma, propiamente sobre la noción de vulnerabilidad, pues el término deviene de un uso corriente del castellano para explicar y explicitar la fragilidad, la debilidad, la posibilidad de ser objeto de daño físico o moral y de enfermedad, entre otras; sin embargo esta noción es aplicada a una serie de fenómenos y de acontecimientos para buscar una explicación de las causas de un conflicto o de una crisis en cualquiera de las dimensiones en que se desenvuelve el ser, tanto en la natural como en la cultural.

Por ejemplo, respecto a la naturaleza se habla de la vulnerabilidad del medio ambiente, su debilitamiento progresivo y su predisposición al riesgo como objeto de la acción humana; a nivel cultural, aparece la vulnerabilidad en las prácticas políticas cuando las regiones y los individuos son excluidos de las políticas, de los derechos y de los beneficios, o en la segregación y estigmatización de los desposeídos.

De la misma manera, en lo económico aparece la vulnerabilidad macroeconómica en la devaluación de la moneda, en la inflación, así como en la microeconomía en la pérdida de la liquidez y de la rentabilidad. Conexo, en el mundo laboral surge la manifestación de la vulnerabilidad en el desempleo vulnerables a la miseria, a la indigencia, a la enfermedad, a la pérdida de derechos; y en el empleo vulnerables al estrés, al maltrato, y a la minimización de su horizonte vital “proyecto de vida”.

En lo concerniente al desarrollo de la persona, la vulnerabilidad se da a nivel orgánico, se expone a los virus y degeneración orgánica expresada en las enfermedades y en el envejecimiento, en las patologías disfuncionales como las cardiológicas, respiratorias, neurológicas; mientras que su subjetividad se expone a la deprivación afectiva, a la desnutrición emocional, a la elección de conductas inadecuadas desde la infancia, pasando por la adolescencia y demás fases e instantes de la vida, como por ejemplo, la adicción a las drogas, la infracción a la ley, la prostitución y el

aborto. Así esta vulnerabilidad en el adulto se da en el encuentro constante con la frustración de su plan y despliegue existencial, que en el anciano hoy se concreta en las formas despectivas del vínculo, en la indiferencia social, trazadas en la construcción de un lugar de ignominia, desalojo, desecho y anulación en el tejido social.

Estas manifestaciones y acontecimientos problemáticos en la dimensión natural, en lo orgánico nos dicen que la vulnerabilidad es una determinación a priori, un estado previo a sus posteriores problemáticas (El ser acogido en el organismo de carne y hueso está predispuesto vulnerablemente a la muerte, a su finitud), las cuales podemos nombrar en su aparición como conflictos o crisis. Tal como condición a priori –evidenciada o no-, podemos denominarla, como situación de **vulnerabilidad inherente o innata**. Así, la **vulnerabilidad crítica** surge de una relación entre *las potencias-fuerzas* y *las posibilidades- elecciones* de realización de las mismas, ya sean facilitadas, obturadas, debilitadas o aniquiladas.

La vulnerabilidad entonces puede diferenciarse al menos en dos de sus manifestaciones, señalando como vulnerabilidad innata o normal la que acontece por el desgaste natural de los organismos, la que señalamos como a priori, o sea de la naturaleza, y vulnerabilidad crítica o inducida la que es favorecida o producida en su momento por negligencia y descuido, que no es más que el deterioro de los factores potenciales y socioambientales que son inherentes a los seres para su realización. De tal suerte, en una relación en la que el hombre establece comportamientos de descuido o irresponsables ante su estilo y principios vitales se induce un estado de cosas que deviene en pérdida para sí, para el otro (semejante), el Otro (Estado), y de paso, en pérdida de las potencias y posibilidades creativas.

La hipótesis sobre la vulnerabilidad señala este trazo: *los seres vivos están por su existencia arrojados a hacer un despliegue de su potencia original, su génesis le determina una relación existencial que se consume en el tiempo, demostrado en el ciclo “natural” que se nos ha enseñado en la biología básica: todo viviente nace, crece, se reproduce, muere, lo que define a su vez una analogía para toda existencia, no sólo natural, pues las producciones humanas están sometidas al mismo ciclo: una obra surge –explota-, se nos presenta, se reconoce, y se deteriora hasta desaparecer o entrar en el olvido, existe entonces, un ciclo de la vulnerabilidad normal,*

aquel que está definido por la finitud de lo existente, pero de cuyo este ciclo puede prolongarse o reducirse de acuerdo a la relación que establece el existente (naturaleza, hombre o producción) con los otros, el Otro y su fundamento natural, o sea sus potencias.

Sea en la biología, la economía o el lenguaje toda relación humana está determinada y definida por la articulación entre potencia y posibilidad; entendiéndose potencia como la fuerza-fuente que busca su despliegue, y posibilidad las elecciones, apoyos, obstáculos y resistencias que se encuentran en el contexto, medio o sistema para realizar dicha potencia. La relación existente entre potencia y posibilidad deja en la puerta de esta presentación una nueva reflexión: el pensar según el cuál en una interacción “normal” no hay manera de que una fuente sea infinita, absoluta e independiente, sólo lo Divino cuando en ello se cree, ni que una imposibilidad sea absoluta, a excepción de la muerte como finitud real e inevitable. Algunas formas que adopta la vulnerabilidad pueden ser las siguientes, haciendo la salvedad que son utilizados como sinónimos y se habla de ellas aplicándolas a fenómenos particulares, lo cual hace más compleja su diferenciación –el que sigue no es más que mi intento comprensivo sobre tales términos:

A. Discriminación: es una acción de clasificación, puede ser negativa o positiva. Un hombre puede ser discriminado, sin en efecto ser excluido. Puede discriminarse para incluir, para compensar moratorias históricas, sociales, o de género, lo que se llama *discriminación positiva* con los indígenas, los negros y las mujeres. En la lógica de los DESC, derechos económicos, sociales y culturales esta inscrita esta discriminación positiva. Se puede discriminar negativamente, por ejemplo la psicología diferencial de mediados del siglo pasado hasta la década del 70 con su idea del coeficiente intelectual (CI), discrimina negativamente y promueve la idea de unas razas y unos países como superiores a otros bajo aplicación de pruebas descontextualizadas culturalmente. La discriminación podemos ubicarla en un ámbito *ideológico y jurídico*.

B. Exclusión: es acción de separación, de delimitación y diferenciación. Es propiamente la consecuencia inherente de la violencia estructural y de la violencia simbólica, se presenta básicamente bajo dos grandes fenómenos: 1. la imposibilidad de acceder a un grupo por historia o pertenencia (pertenencias por identidad, se judío o se es negro, o latino), y 2. la obstaculización para lograr un derecho y un recurso, que implica de cuyo la imposibilidad de acceder a otro

derecho, por ejemplo, quienes no acceden a la satisfacción de las necesidades básicas de vivienda, alimentación y salud, por buscar la subsistencia, difícilmente pueden acceder al derecho de educación, o quienes no acceden el derecho de propiedad privada o de empleo formal no tienen ninguna posibilidad de solicitar créditos en el sistema financiero; la exclusión no requiere de un actor que la promueva, esta inscrita en la violencia simbólica del sistema social, ya sabemos que son diferentes los circuitos de atención cuando no se tiene acceso a salud, cuando se tiene sisben, o seguridad básica en salud, o salud prepagada. La exclusión se instala en un ámbito simbólico-administrativo. (Nota: Una práctica paradójica y particular, de discriminación del nominativo exclusión, es la de eliminar las palabras de los diccionarios electrónicos, por ejemplo hay enciclopedias de multimedia en las que no se encuentran los términos de exclusión y de alienación).

C. Marginalidad: es el proceso de vivencia de la discriminación negativa y de la exclusión, estar al margen implica cargar con la sumatoria de todos los efectos de la exclusión, conlleva un *estado de victimización* al que se añan el resentimiento, la pérdida de fe en el estado social de derecho y la desesperanza sobre un futuro mejor. La marginación se ubica en el psiquismo individual y se vive colectivamente en barrios, en las calles de la ciudad, en el campo.

D. Estigmatización: es la construcción que se hace de representaciones sociales que densifican el imaginario social y vuelven al habito de señalización negativa un ejercicio cotidiano bajo la forma de conductas que confirman la condición de la discriminación negativa, la exclusión y la marginalidad. Como tal se constituyen en representaciones “normales” del otro, del semejante, que si bien atentan contra la alteridad no son criticadas ni cuestionadas dentro del la cotidianidad, por ejemplo: “los pobres son violentos” “Los ricos son indolentes”, “Los habitantes en situación de calle son ...”, de tal manera la estigmatización ocupa un lugar de creencia social que por lo general es aceptada por la mayoría, e incluso incorporada por quien es estigmatizado.

El habitante de la calle carga con estas cuatro dimensiones de la vulnerabilidad del ser social: discriminación negativa, la exclusión social, la marginalidad y la estigmatización.

EXCLUSIÓN-EXTINCIÓN SOCIAL

Si bien el concepto de exclusión social es un concepto polisémico, hasta ahora, encontramos cercanía con las aproximaciones conceptuales que refieren la exclusión social como un proceso y no como una categoría estática.

Saul Karsz, señala que esta es un fenómeno de carácter estructural, de alguna manera inherente a la lógica de un sistema económico y social. Con este término se quiere describir una situación concreta, que sería resultado de un proceso creciente de desconexión, de pérdida de vínculos personales y sociales, que hacen que le sea muy difícil a una persona o a un colectivo el acceso a oportunidades y recursos que dispone la misma sociedad. La exclusión atañe a personas que están fuera de la sociedad de la que al mismo tiempo forman necesariamente parte de ella.

El concepto es abordado de esta manera, significa entenderla como la presencia de obstáculos sociales, políticos, económicos y culturales que impiden a los individuos incorporarse plenamente a la sociedad. La exclusión social pone de manifiesto la “*instalación en la precariedad*” de una parte de la población, generando en el sujeto una nueva posición la de “*interino permanente*” en palabras de Robert Castel (1998), son personas que gravitan en el curso de la sociedad sin tener un lugar estable en el que afianzar su sociabilidad.

Y por otra entender la **extinción** (o exterminio) como un *continuum* social de la de la exclusión: De acuerdo con la perspectiva de autores como Alberto Bialakowsky, Robert Castel, Michael Foucault, Zygmunt Bauman y Sonia Fleury.

La extinción expresa un método de invisibilización donde lo que se extingue cobra la apariencia de autoeliminación casi natural. Este proceso emergente de la misma lógica del capitalismo, es producto de un “*desalojo social*”. La extinción es entonces un proceso social de expulsión pausado y silencioso, que concluye en su extremo con una producción de **mortificación** (muerte diaria). Esta parece tener un efecto más hondo: la profunda desestructuración subjetiva que genera una fuerte dificultad de actuar constituyendo lazos colectivos (Mota L, 2003). Que en palabras de Frantz Fanon (1979) “*...despoja a los individuos de su dimensión humana, impidiéndoles que se conviertan en sujetos de un proceso social*”.

En la práctica social, la **dinámica** de la extinción se confirma de cuatro maneras:

- a) la pérdida de las raíces socioculturales de trabajadores y etnias locales;
- b) el paso a una formación económica preponderantemente coactiva;
- c) el surgimiento de una población con muy limitadas posibilidades de supervivencia, a través de procesos de indigencia, migración clandestina, criminalización, patologización (sida, drogadicción, desnutrición, tuberculosis, locura y otras), y por último
- d) la segmentación del espacio urbano con procesos de guetificación. (Bialakowsky A, Reynals C, Zagami M, Crudi R, Costa MI, Haimovici N, 2004).

**LÍNEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HABITANTE
ADULTO EN SITUACIÓN DE CALLE (hsc) EN LA CIUDAD DE
MEDELLÍN**



Detalle de la obra *Cristo en la cruz*. El Bosco



Detalle del infierno de *El Jardín de las delicias. El Bosco*

“El pueblo antiguo que deseaba tener una clara armonía moral en el mundo, ordenaba primero su vida nacional, los que deseaban ordenar su vida nacional regulaban primero su vida familiar. Los que deseaban regular su vida familiar cultivaban primero sus vidas personales; los que deseaban cultivar sus vidas personales enderezaban primero sus corazones; quienes enderezaban sus corazones hacían primero sinceras sus voluntades; los que deseaban hacer sinceras sus voluntades llegaban primero a la comprensión, la comprensión proviene de la exploración del conocimiento de las cosas...”

Lin Yu Tang del libro *La Importancia de Vivir*

INTRODUCCIÓN A LA LÍNEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HABITANTE ADULTO EN SITUACIÓN DE CALLE (HSC) EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Esta línea de base se propuso en principio recoger respecto al Sistema de Atención del Habitante de la calle de la ciudad los siguientes ítems básicos para pensar en la futura definición de un modelo: 1. **concepción**- conceptualización real y deseada del modelo (aspecto sobre el cual se presenta la descripción y ampliación de su punto de partida, y sus tres perspectivas conceptuales); 2. **la metodología de intervención** (aspecto sobre el cual se revisó la propuesta técnica aportada, y en el que se advierte la ausencia de un enfoque metodológico y pedagógico claro para sus diferentes modalidades); y 3. reconocer el **sistema de evaluación**,.

Según el último reporte de los coordinadores Marcela Calle y Walter Cuartas el equipo ejecutor avanzó en las elaboraciones de los procesos, la metodología y los indicadores sociales “- La descripción de procesos y metodología de trabajo ya la terminamos, nos colaboraron desde la CIS, los ingenieros de productividad y calidad, estamos OK con ese producto.- Estamos trabajando en lo de los indicadores sociales con el apoyo de un profesor de la Universidad de Antioquia...” (11-11-2006). De tal manera Esta línea de base se concentra en la conceptualización, y realiza aportes y sugerencias que pueden ser tenidos en cuenta en los aspectos (metodológico-procesual y en el sistema de evaluación) todos ellos soportados **sobre los insumos que aportó el equipo de coordinadores del sistema de atención al habitante en situación de calle hsc** . Así mismo se presenta en la introducción un balance de los documentos revisados para esta línea de base y en cada aparte una serie de **indicaciones y recomendaciones** para comprender y dimensionar los retos que implica definir el modelo de intervención. Dado que los productos sobre procesos, metodología e indicadores sociales ya han sido logrados por parte del equipo ejecutor, se recomienda anexar estas elaboraciones de la presente línea base a dichos consolidados. Se espera igualmente esta línea de base sirva como insumo de discusión y eventual reelaboración para el modelo deseado.

Igualmente aclaramos que el tono de esta *línea de base* esta guiada por la intencionalidad *ética* de establecer un vínculo entre el Habitante en Situación de Calle *hsc* y Ciudad, un pacto de inclusión que lleve a mejor puerto las relaciones entre ambos y a un mejor desempeño las propuestas surgidas. La intencionalidad u orientación metodológica de la presente *Línea de Base* esta guiada por la pregunta. **¿Cuál es el punto de partida de la intervención del sistema de atención al habitante adulto en situación de calle de la municipalidad desde el cuál se busca la formulación de un modelo propio para la ciudad de Medellín?**

Aclaramos que la línea de base funge como una metodología de recolección de información que tiene por finalidad hacer la descripción de una situación presente dada que sirva como punto de partida respecto a los objetivos trazados para la formulación de un modelo de intervención propio en la ciudad de Medellín. La línea de base responde a la metáfora básica de tomar una fotografía en tiempo presente para poderla comparar con una fotografía en tiempo futuro, esto permite a los investigadores, funcionarios y habitantes en situación de calle saber cuales han sido los cambios dados en el tiempo respecto a un punto de partida en particular.

Como tal la presentación de la línea de base o referente de partida establece bases empíricas concretas en las cuales se recoge una contextualización del problema, los conceptos básicos de la perspectiva de derechos y deberes, los elementos centrales de la propuesta técnica y la sugerencia de algunos indicadores cualitativos que pueden ser complementarios a los que ya posee y viene construyendo el sistema actual de atención. Cada uno de estos puntos ha exigido la revisión de la documentación existente y de otros referentes.

Para el desarrollo de los puntos de esta línea de base se han planteado dos estrategias básicas:

1. Partir de la información dada por el programa y sus funcionarios, en especial de su propuesta técnica.
2. Aportar a la línea de base en algunos puntos donde no hay información consensuada con documentación secundaria que sirva como un *supuesto* punto de partida, haciendo las veces de corolarios auxiliares que pueden ser o no tomados en cuenta de acuerdo a las discusiones que den los coordinadores y miembros del programa en sus siguientes fases.

La documentación revisada para levantar esta línea de base es la siguiente:

Documento explorado	Aportado por:	
	Equipo Investigador U. de A.	Funcionarios del programa
Nuestra Señora de París. Víctor Hugo	X	
Bentham, Jeremías: “El Panóptico”. Ed. La Piqueta, Barcelona, 1980. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría.	X	
Foucault, M. “El ojo del poder”, Entrevista en: Bentham, Jeremías: “El Panóptico”. Ed. La Piqueta, Barcelona, 1980. Traducción de Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría.	X	
Foucault, Michel. La Verdad y las formas Jurídicas. Segunda conferencia (sobre Edipo). Ed. Gedisa	X	
Carta de las ciudades educadoras. – <i>documento en la web-</i>	X	
González Gil, Adriana La desarticulación de lo público: algunos desafíos para su resignificación en Colombia.	X	
Held, David. La Democracia y el Orden Global: del Estado Moderno al Orden Cosmopolita. Ed. Paídos. Barcelona. 1997	X	
Habermas, J. La Soberanía Popular como Procedimiento. Revista. Letra Internacional. N° 17. Madrid. 1989.	X	
Habermas, J. La Inclusión del otro. Paídos.	X	
Maffesoli, Michel. Elogio del conocimiento ordinario. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales: Maestría en Ciencias Políticas	X	
Maffesoli, Michel. El tiempo de las tribus.	X	
Naciones Unidas. Gobernabilidad local, Convivencia y Seguridad ciudadana: Marco para la Acción. .2.006	X	
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966	X	
Núñez, Jairo y Espinosa, Silvia. Asistencia Social en Colombia: Diagnóstico y propuestas.	X	
Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo 2.004-2.007: Medellín, compromiso de toda la ciudadanía.	X	
Censo sectorial, habitantes de y en la calle. Medellín, 2.002. DANE y Alcaldía de Medellín.		X
Inchaurreaga, Silvia. Reducción de daños y políticas públicas en tiempos de prohibición. CEADS-UNR. 2.002	X	
Inchaurreaga, Silvia. La reducción de daños en Argentina. Mitos y Obstáculos. CEADS-UNR. 1999	X	
Sistema de atención al habitante de calle adulto en la ciudad de Medellín. Propuesta técnica presentada por la U.deA. con		X

la asesoría de la Secretaria de Bienestar social.		
Corvalan, J. Los paradigmas de lo social y las concepciones de la intervención social.	X	
Gradín, Agustina. Políticas públicas, políticas sociales. Las Políticas Sociales y la Reforma del Estado: El nuevo modelo de Intervención social.	X	
Informe de gestión profesional de seguimiento y evaluación. Levantamiento base documental “sistema de atención y acompañamiento para el habitante de calle adulto en la ciudad de Medellín”. Antioquia presente, alcaldía de Medellín. 2005-2.006		X
Lee-Smith, Diana. Indicadores generados por la comunidad Guía para técnicos de campo que realizan monitoreo y evaluación a nivel comunitario.	X	
Preparación y utilización de indicadores de cooperación multilateral: el ejemplo de los programas europeos de investigación.	X	
Índice de calidad de vida: como medir el desarrollo social		X

1. CONCEPTUALIZACIÓN

1.1. LA VERSIÓN MEDIEVAL DE CUASIMODO

Para empezar transportémonos a la lectura que nos ha dado Victor Hugo de su personaje Cuasimodo, para ello reescribimos algunos de los crueles pero bellos fragmentos literarios de esta magistral obra en la cual se ilustran las creencias y concepciones sobre el hombre deforme y excluido del siglo XV y XVI. Estas piezas en algún momento pueden traer a nuestra mente lo que sucede con los habitantes en situación de calle de hoy y sugieren pensar si hemos cambiado en algo o no nuestro modo de relación con las personas discriminadas, pues si bien Cuasimodo no vivía a la intemperie y tenía por hogar la Catedral de Notre Dame, si mantenía su ser en la más profunda miseria y desolación. Leamos estos apartados:

Fragmento del acápite *Las Almas Piadosas*, sobre el origen de Cuasimodo:

“Dieciséis años antes del tiempo en que transcurre esta historia y en una hermosa mañana de domingo de Cuasimodo, una criaturita había sido abandonada, después de la misa, en la iglesia

de Nuestra Señora, en una tarima, junto al pórtico, a mano izquierda, frente a la gran imagen de San Cristóbal,

-Entiendo poco de niños -añadía Agnès-, pero creo que debe ser pecado el mirar a éste.

-Pero es que no es un niño, Agnès.

-Es un mono fallido -observaba Gauchère.”

Y en luego se nos dice:

“-Debe ser una bestia, un animal -decía Agnès -, el producto de un judío con una cerda.

Algo que no es cristiano y que por lo tanto hay que arrojar al agua o al fuego.

-Supongo que nadie querrá adoptarle -opinaba la Gaultière.

-¡Ah no, Dios mío! -exclamó Agnès-. ¡Pobres nodrizas de niños abandonados;

esas que viven en la calle que da al río, junto a la residencia del obispo!

¡Tener que amamantar a este pequeño monstruo! ¡Preferiría dar de mamar a un vampiro!”

Y unas líneas más adelante:

“Sólo se le ve un ojo -observó la señora Guillemette-; en el otro tiene una verruga.

-No es una verruga -contestó maese Robert Mistricolle-; se trata de un huevo que encierra dentro otro demonio como él, que, a su vez, tiene otro huevo más pequeño, que contiene, a su vez, otro diablo y así sucesivamente.”

Sobre su personalidad, el acápite *Immanis Pecoris Custos Immanior Ipse* nos da una preciosa descripción:

“Además daba la impresión de que no sólo era su cuerpo el que se había amoldado a la catedral, sino también su espíritu, pero resultaría muy difícil determinar en qué estado se encontraba aquel alma, qué pliegues había adquirido, qué forma había adoptado bajo aquella envoltura nudosa, en aquella vida salvaje, pues Cuasimodo había nacido ya tuerto, jorobado y cojo y fue, gracias a una gran dedicación y a una inmensa paciencia, como Claude Frollo consiguió enseñarle a hablar. Pero una grave fatalidad iba unida al pobre niño abandonado: campanero de Nuestra Señora a los catorce años, un nuevo defecto vino a completar su perfección; las campanas le habían roto el tímpano y se había quedado sordo y así la única puerta de comunicación con el mundo que

le había sido concedida por la naturaleza se le había cerrado bruscamente para siempre; y al cerrarse, se interceptó el único rayo de luz y de alegría que habría podido aún iluminar el alma de Cuasimodo. Su alma se abismó en una noche profunda y la melancolía de aquel desgraciado se hizo incurable y total como su deformidad. Hay que decir también que su sordera le hizo, de alguna manera, mudo, pues, para no ser causa de burla en los demás, tan pronto como se vio sordo se sumió decididamente en un silencio que no rompía apenas, salvo alguna vez, cuando se encontraba solo.”

En torno a su amor por la gitana en el apartado *La Criatura Bella Bianco Vestida* se dice:

“Cuando Cuasimodo vio que la celda estaba vacía, que la Esmeralda ya no se encontraba en ella, que mientras él la defendía alguien se la había llevado, se cogió los cabellos con ambas manos y pateó el suelo de sorpresa y de dolor. Luego echó a correr por toda la iglesia en busca de su gitana, lanzando extraños alaridos hacia todos los rincones y sembrando de cabellos rojos todo el suelo de la catedral...”

El hombre aquel empezó a montar la escalera y fue entonces cuando Cuasimodo lo vio todo claramente. Llevaba una mujer a la espalda, una muchacha vestida de blanco y con una cuerda al cuello. Quasimodo la reconoció; era ella.De pronto el verdugo empujó bruscamente la escalera con su talón y Cuasimodo, que hacía ya un rato que estaba conteniendo la respiración, vio cómo se balanceaba en el otro extremo de la cuerda, y a cuatro metros del suelo, la desventurada muchacha, con el verdugo a horcajadas sobre sus hombros.... Cuasimodo alzó entonces su ojo hacia la gitana de la que veía, a lo lejos, cómo su cuerpo, colgado en la horca, se estremecía aún, bajo su vestido blanco, con los últimos estertores de la agonía; después la dirigió de nuevo hacia el cuerpo del archidiácono, aplastado al pie de la torre, ya sin forma humana, y exclamó con un sollozo que agitó su pecho desde lo más profundo. -¡Oh! ¡Todo lo que he amado!”

En el triste final del intitulado ***Casamiento De Cuasimodo*** se expresara esto:

“Se encontraron entre aquel montón horrible de restos humanos dos esqueletos, uno de los cuales estaba extrañamente abrazado al otro. Uno de los dos esqueletos, que era el de una mujer, conservaba aún algunos jirones de vestido, con todas las apariencias de haber sido un tejido blanco. Se veía también en torno a su cuello un collar con cuentas de azabache, y un bolsito de seda, adornado con abalorios verdes que aparecía abierto y vacío. Era tan escaso el valor

de aquellos objetos que no habían llegado a interesar al verdugo. El otro esqueleto que tan estrechamente estaba abrazado al primero, era de un hombre. Se observó que tenía desviada la columna vertebral, que la cabeza se unía directamente con los omoplatos y una de sus piernas era más corta que la otra. No presentaba, por otra parte, ninguna ruptura vertebral en la nuca y era evidente que no había muerto ahorcado. El hombre a quien hubiera pertenecido debía, pues, haber llegado hasta allí y allí haber muerto. Cuando se pretendió separarlo del otro esqueleto al que estaba abrazado, se deshizo en polvo.”

Aproximadamente en 1831, en pleno siglo XIX, en la florecida modernidad, el dramaturgo francés escribe un libro sobre un marginado, tal vez para recordar que en pleno siglo XV, finales de la alta edad media, existía un modo particular de tratar a los hombres que no eran bellos, un modo de segregación en el cual la exclusión conducía a un final trágico. Sin embargo, y pese a los ingentes esfuerzos de la modernidad, todavía acontecen este tipo de casos en el siglo XXI, los cuales una sociedad que se precia de ser moderna busca reducir por todos los medios éticos y políticos para poder cumplir con su promesa social de progreso y autonomía ciudadana.

1.2. LA MODERNIDAD O EL LUGAR DEL SABER EN LA AUTONOMIA

Como heredera del renacimiento se postulo la época de la ilustración, ambas son, antecedente y concreción de las apuestas de la modernidad que alcanzaron gran claridad en los postulados de Kant, el filósofo alemán propuso que el hombre debía salir de su minoría de edad a través de su apuesta por el saber, atreverse a saber le garantizaría el logro de su autonomía, esta idea se sustentó en tres principios que eran a la vez una guía para el pueblo: 1. La rectitud en el vivir (en la ética). 2. No cometer injusticia (en la política), y 3. Ser moderado (en la economía), la voluntad íntima de los hombres debía pues coincidir con las tendencias hacia el bien del estado.

Había igualmente una nueva concepción de la vida, un cambio de actitud, si la sociedad arcaica buscaba siempre mantenerse en el orden del universo preestablecido, centrarse en perpetuar su forma de vida antigua, para la sociedad moderna era de vital importancia el cambio y la mutación, acceder a lo novedoso para buscar nuevos equilibrios integrables al logro de la autonomía racional. Esta tendencia implicó una tensión entre las tradiciones populares y los

deseos de los intelectuales, por un lado complico la confrontación entre la ciencia y la magia, por el otro entre la religión y las creencias que habían por fuera de ella, e igualmente entre la moral de las costumbres y los nuevos hallazgos de la filosofía moderna; la magia, las viejas costumbres y creencias debían combatirse pues eran incompatibles con el nuevo proyecto civilizatorio.

En este marco, la revolución francesa fue un gran indicador de la modernidad, precedida de las revoluciones de Europa: la burguesa y la industrial, y atravesada por la influencia de las ideas de la Ilustración estableció una nueva legitimidad social. Y Para lograr el nuevo propósito de un buen desarrollo, la razón y la perfectibilidad fueron los nuevos ideales del sujeto de la modernidad, el progreso especialmente como movilidad hacia el futuro se articuló con las apuestas por una autonomía racional, y con la duplicada potencia de la ciencia y la técnica orientada al dominio de la naturaleza y a la reproducción de sus recursos.

(...) El pensamiento y la acción de los siglos XIX y XX están dominados por la idea de la emancipación de la humanidad, Esta idea es elaborada a fines del siglo XVIII en la filosofía de las luces y en la revolución francesa. El progreso de las ciencias, de las artes y de las libertades políticas liberará a toda la humanidad de la ignorancia, de la pobreza, de la incultura, del despotismo y no solo producirá hombres felices sino que, en especial gracias a la escuela, generará ciudadanos ilustrados, dueños de su propio destino.(Lyotard, J. 1995)

Hasta hoy, la esperanza en la modernidad se mantiene por parte del estado democrático, la idea de un mejor porvenir sigue siendo fuerte para los ciudadanos pero el avance de la tecnología y del mercado ha situado un nuevo interrogante, el ingreso de la deshumanización produce un efecto inverso al ideado por la modernidad, produce marcada marginalidad en las relaciones entre los estados del norte y los del sur, incluso en las mismas ciudades y grandes metrópolis del norte se pueden ver fenómenos que sólo se veían en el sur, en sus ciudades ya son crecientes los habitantes en situación de calle, sin ser ello ya un fenómeno exclusivo de los países en vías de modernización.

La contemporaneidad tiene en frente en las ciudades del mundo este nuevo interrogante, cómo aspirar a un estado social de derecho solidario bajo las consecuencias de un mercado y una tecnología que muchas veces producen un efecto de exclusión, que produce exiliados dentro de las mismas ciudades, hombres y mujeres ex - céntricos, olvidados, que tratan de reconstruir su memoria desde el olvido. El habitante en situación de calle como un ser a la intemperie que muestra sus carencias modernas y sus potencialidades puestas en función de los consumos de lo ilícito emplaza este interrogante. Posee un saber que pareciera primigenio, unas costumbres que dibujan una nueva fusión entre urbe y naturalismo, que expone el gasto de su ser en fines que se oponen al progreso moderno.

La cuestión es cómo el estado y la ciudad pueden reducir o disminuir las condiciones de vulnerabilidad y de producción de los habitantes en situación de calle y que estos no terminen pulverizados por la soledad como le sucedió al Cuasimodo de Victor Hugo. La respuesta está posiblemente en el desarrollo de sistemas y de modelos de interacción social que sean incluyentes, en esta dirección trabaja hoy la apuesta del sistema de atención al habitante en situación de calle.

1.3. POLÍTICAS DE CONTROL O POLÍTICAS DE INCLUSIÓN

El Panóptico es un texto de un libro originalmente inglés y extraviado, que copiado al francés fue firmado y promovido por Jeremy Bentham ante la Asamblea Nacional de Francia, esta obra igualmente impactó las reflexiones de – Michel Foucault sobre el ojo del poder, o mejor sobre los dispositivos y políticas de control. Bentham había solicitado a los diputados de la asamblea que se construyese una cárcel bajo el modelo del panóptico que él mismo coordinaría sin cobro alguno, tal modelo se basaba fundamentalmente en un sólo principio, el principio de inspección, y en una arquitectura particularmente ajustada a la mirada, en la que todos los actos de sus habitantes podrían ser vistos por un único guardia desde la torre del centro.

El panóptico es pues *un modelo* probado en Inglaterra y reproducido en Francia que incluye en efecto el principio básico del control bajo la forma de inspección, una descripción de la arquitectura panóptica, la definición de la administración de la penitenciaría, el tipo de actividades

laborales a las que pueden acceder los presos, los beneficios en la productividad y el ahorro, y en conexión la posibilidad de adaptar y extender *el modelo* panóptico a: correccionales, casas de arresto, manufacturas, manicomios, hospitales y escuelas. Toda la inspección dispuesta en estos espacios debe igualmente cumplir con el principio de la productividad industrial y del ahorro estatal, se disponía en ellos una serie de labores económicas que resultarían de bajo gasto para el estado y con alta rentabilidad para el o los programas empresariales. En torno a esto se dice en la carta XIII sobre los recluidos y los medios para poner en marcha la mano de obra:

“El que no quiera trabajar no tiene nada más que hacer en la mañana a la noche, que comer su amargo pan y beber su agua sin nadie con quien hablar. Si acepta trabajar, ocupa su tiempo, asegura su carne y su cerveza, o lo que desee hacer con sus ganancias, pues cualquier trabajo en el que se entregue le permitirá procurarse lo que de otro modo no le sería accesible. Este estímulo es necesario para que trabaje al máximo. Pero uno mayor no es útil.”

En la entrevista titulada “El ojo del poder”(www.ciudadpolitica.com/modules/news/makepdf), Michel Foucault plantea sobre el panóptico varias ideas esclarecedoras. En sus palabras el panóptico es una estructura cuyo :

“...principio era: en la periferia un edificio circular; en el centro una torre; ésta aparece atravesada por amplias ventanas que se abren sobre la cara interior del círculo. El edificio periférico está dividido en celdas, cada una de las cuales ocupa todo el espesor del edificio. Estas celdas tienen dos ventanas: una abierta hacia el interior que se corresponde con las ventanas de la torre; y otra hacia el exterior que deja pasar la luz de un lado al otro de la celda. Basta pues situar un vigilante en la torre central y encerrar en cada celda un loco, un enfermo, un condenado, un obrero o un alumno. Mediante el efecto de contra-luz se pueden captar desde la torre las siluetas prisioneras en las celdas de la periferia proyectadas y recortadas en la luz. En suma, se invierte el principio de la mazmorra. La plena luz y la mirada de un vigilante captan mejor que la sombra que en último término cumplía una función protectora”

Y más adelante explica :

“El mismo nombre de “panóptico” parece fundamental. Designa un

principio global. Bentham no ha pues simplemente imaginado una figura arquitectónica destinada a resolver un problema concreto, como el de la prisión, la escuela o el hospital. Proclama una verdadera invención que él mismo denomina “huevo de Colón”. Y, en efecto, lo que buscaban los médicos, los industriales, los educadores y los penalistas, Bentham se lo facilita: ha encontrado una tecnología de poder específica para resolver los problemas de vigilancia. Conviene destacar una cosa importante: Bentham ha pensado y dicho que su procedimiento óptico era la gran innovación para ejercer bien y fácilmente el poder. De hecho, dicha innovación ha sido ampliamente utilizada desde finales del siglo XVIII. Sin embargo los procedimientos de poder puestos en práctica en las sociedades modernas son mucho más numerosos, diversos y ricos. Sería falso decir que el principio de visibilidad dirige toda la tecnología de poder desde el siglo XIX.”

Cómo bien lo presenta Foucault este modelo está inmerso en la sociedad del siglo XIX y XX, pero no es suficiente, y requiere de otros mecanismos, pues de hecho, la constatación social de nuevos derechos y deberes, la configuración de nuevas ciudadanías, y a su vez las formas y puntos de quiebre y de fuga que crean los habitantes de las ciudades para escapar al ojo del control, ha hecho que se creen nuevas formas de reconocimiento, de identidad, de mutación, formas que ya no son viables abordar desde un panóptico sino desde una red, lo señalamos en la medida en que el modelo panóptico funciona aun para reclusorios, pero no en el caso de habitantes en situación de calle, pues dichos habitantes se emplazan bajo las formas de redes mutables, su relación con el espacio, la urbe y la ciudad no es una relación lineal y estática en la que se establece un lazo identificado por un código y una durabilidad, sino que sus relaciones con la identidad pasan por la movilidad, la transformación y la mutación, por el camuflaje y actuación de nuevas identidades, tal constitución y poética ontológica no puede entonces ser tratada bajo un modelo panóptico sino bajo un modelo que acompaña dicha naturaleza, un modelo de red de apoyo, un sistema-red como el que actualmente se construye en la ciudad, una red con puertas abiertas que cumple con el primer principio humano de la inclusión, que trabaja entonces no por la inspección sino por la inclusión a través del acompañamiento.

Es pues un trabajo de reconstitución de la alteridad en la urbe y en la ciudad en el que se reconoce la condición del habitante en situación de calle el que se trata de desarrollar hoy bajo los criterios de una ciudad dada a la educación y al aprendizaje. Igualmente es una apuesta de reconstitución de la alteridad en la medida que se reconoce que el habitante en situación de calle posee un saber sobre la ciudad, una experiencia y una memoria que debe recogerse para que con ello la ciudad comprenda cuales son los procesos mediante los cuales se están produciendo las condiciones que generan el estado del ser a la intemperie como una opción radicalmente inusual y no querible para el ciudadano. Una red de acompañamiento promueve la alteridad en la medida que la administración de la ciudad por medio de estos programas y de sus deseos de investigar y de aprender establece un diálogo con el saber de la vida que emana de dichas experiencias y vivencias del *hsc*. Tal como está escrito por el pensador del poder, en otra de sus conferencias, la relación entre reyes, dioses y subditos que esta tramada en la tragedia de Edipo da cuenta de cómo todos poseen una parte del saber que aporta a dilucidar la verdad de su época, cada uno posee una mitad, una polaridad respecto del otro, que puede bien llevarse bajo la forma del conflicto opositivo o por la vía del dialogo y de la complementariedad.

Con ello se comprende que en la ciudad y en la urbe, el saber sobre la misma ciudad está fragmentado, nadie posee todo el saber, éste, tanto como el poder están fragmentados, y ello tiene implicaciones prácticas en el trabajo del gobierno democrático, la democracia es pues en efecto una forma de gobierno en el que se reconocen los diferentes saberes, en la que el principio constitucional de la participación aspira a tener en el mismo estatus a quines poseen todos los medios y a los que viven a la intemperie. Más allá del mecanismo electoral, el real espíritu de la democracia esta en el reconocimiento de saberes, de diferencias, en el dialogo y la construcción edificante de nuevos sentidos comunitarios. La ciudad como la gitana de *notre dame* pueden tender la mano a quienes han ocupado el lugar de Cuasimodo. En este sentido, los técnicos de la política, los funcionarios, los profesionales de las todas las ciencias y en especial de las ciencias sociales somos mediadores simbólicos, puentes de dialogo entre los ciudadanos, garantes de los derechos constitucionales y de los derechos humanos fundamentales, ese es el horizonte de cualquier modelo y metodología de interacción y de intervención, partiendo del reconocimiento de las diferencias, de los saberes propiciar bajo metodologías incluyentes y participantes una **red**

de saberes e intereses que sea a la vez una red de acompañamientos y de posibilidades para los habitantes y ciudadanos de la comunidad.

El reconocimiento de dicha diferencia y alteridad hace ineluctable concienciar que el uso de programas y proyectos que desconocen la diferencia ontológica local, que el trasplante de un modelo a una comunidad sin los procesos de configuración y apropiación del saber local tienden al fracaso, lo cual reitera que el principio de la *participación ciudadana, no es solo un axioma político administrativo sino una instalación epistémica de socialización del saber local emplazado en los miembros de su comunidad, para este caso, desde la perspectiva de derechos y deberes se ha asumido que el habitante en situación de calle no sólo es miembro de la sociedad sino que posee un saber que interesa a la ciudad como tal, a la ciudad que busca aprender.*

1.4. PERSPECTIVA DE DERECHOS Y DEBERES

Desconocer el dialogo de saberes sobre la vida no es sólo desconocer el derecho a la participación sino que a la par fortalece las condiciones de exclusión que corroen el carácter de los hombres que constituyen la comunidad, la sociedad y la ciudadanía. Sabemos que un habitante en situación de calle suele acostarse sobre periódicos, algunos de ellos no sólo los usan para dormir sino que los leen, pueden ilustrarse por ejemplo sobre lo que sucede en Europa o en el Cono Sur, saben que se encuentran en un mundo donde la mentalidad social ha sido globalizada en un amplio porcentaje de la población mundial, independientemente de la calidad, en estos contenidos reconocen que lo que pasa en un país puede afectar a todo el planeta.

Con ello introducimos una reflexión que es central en la perspectiva de derechos y deberes, los actos de los miembros de los programas y sistemas de atención al habitante en situación de calle están inscritos en dicha perspectiva constitucional nacional e internacional de los derechos humanos, sus o nuestros actos poseen el mensaje de que los Derechos Humanos D.H. a nivel Global están inscritos en el ámbito interno de los Estados o lo que es lo mismo en las prácticas cotidianas del dialogo y el aprendizaje mutuo para vivir bajo derecho.

La política del reconocimiento de las subculturas al interior de los Estados es una consecuencia de la aplicación de la constitucionalidad y de los D.H. que no está articulada a la moralización sino al ejercicio del derecho positivo que le es inherente tanto al presidente de la nación como al habitante en situación de calle.

Al respecto podemos seguir a Habermas que parte de la creencia Kantiana en la “paz perpetua” como punto aglutinador de un nuevo orden cosmopolita, un orden marcado por un derecho que diferencia el derecho estatal y el internacional, en el que el primero se ocupa de la definición constitucional de un Estado, el segundo de la relación entre pueblos. Una de las preguntas que surge para la asociación de Estados es ¿Cómo establecer una motivación moral para una federación de estados libres e incluyentes? Para tal efecto es indispensable que los miembros de los estados pongan a funcionar su voluntad en torno a programas que acerquen las políticas públicas y los programas del estado al ciudadano.

No sería vago decir que en algún momento un habitante de la calle se ha enterado de los programas y del sistema de atención al habitante en situación de calle que presta la municipalidad a través de los medios masivos de comunicación, en tal caso los medios están cumpliendo y constatando la tarea de un derecho cosmopolita, que la mayor de las veces establece el trato de estas problemáticas en las diferentes conferencias mundiales de alcance planetario.

Tanto Kant, fuente central de las reflexiones políticas de Habermas, y éste, han esperado que los medios de promoción o de divulgación sirvieran para educar a la población, tal vez para generar una adecuación del ciudadano al orden jurídico estatal, internacional y cosmopolita. Esta idea que se encuentra también como una de las promesas y directrices del estado moderno busca concretarse en América latina bajo la idea de la ciudad educadora.

A la par y en el mismo sentido uno de los aportes de David Held a la comunidad política y el *orden cosmopolita* es que para que éste sea realizable debe cumplirse a cabalidad la tarea Kantiana de la mayoría de edad, si se lleva a la práctica *la autonomía* como el principio que provee la mayor libertad humana posible dentro de un marco de leyes sobre el supuesto de que unos y otros puedan convivir de la manera más adecuada a pesar de sus diferencias: “El *demos* debe gobernar, pero dentro del marco de un conjunto de condiciones sociales, políticas y económicas equitativas que hace posible la vida democrática misma” (Held, D. 1997). En este

sentido señala que la autonomía democrática es el eje entre la soberanía estatal y la soberanía popular, pues la *autonomía democrática* fundada en la libertad de los ciudadanos determina la distribución del poder, especialmente si es respaldada por la idea kantiana de una práctica deliberativa de dicha autonomía. La situación es clara, la estigmatización de un Estado, o de sus subculturas y grupos locales, estigmatiza a los ciudadanos de dicha nación, y como tal tiene efectos de deslegitimación de los derechos de los ciudadanos en el imaginario de otros ciudadanos.

La perspectiva de **derechos y deberes** nos ubica en un contexto de reciprocidad para la reincorporación del habitante en situación de calle a la sociedad. A través de las diferentes estrategias se busca facilitar que los *hsc* reconozcan sus derechos y asuman los deberes que toda convivencia requiere. Igualmente, que la sociedad en general los reconozca como sujetos de derecho. Por ello es necesario resaltar aquí algunos artículos de la Declaración Universal de Los Derechos Humanos de 1948, que a nuestro juicio rigen cualquier atención brindada por el Estado a la población vulnerable:

“Artículo 2

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 5


Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 7

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 13

Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.”

El sistema de atención al habitante en situación de calle acoge el marco del derecho internacional y de los derechos constitucionales, aplicable bajo la concepción paradigmática de la perspectiva de derechos y deberes, de tal suerte ha llevado acabo el cumplimiento del acceso a los derechos humanos, inclusive de los DESC -Derechos Económicos, Sociales y Culturales- 

Los fenómenos del empobrecimiento urbano, la pobreza urbana, y entre ellos el acontecer del habitante en situación de calle es objeto de la intervención de los derechos humanos que se concretan a través de todos los instrumentos internacionales y nacionales que buscan reducir y eliminar las condiciones de producción de estos problemas, en especial de la pobreza entendida como “...una privación de los bienes y oportunidades esenciales a los que todo ser humano tiene derecho... los individuos y las sociedades son pobres—y tienden a seguirlo siendo—si no están facultados a participar en la toma de las decisiones que inciden en su vida.” (Banco Asiático de Desarrollo, 2001) Pues la pobreza implica de suyo una falta de acceso a los derechos, que en el caso del ciudadano que deviene como habitante en situación de calle se encuentran marcadamente quebrantados.

Según esto, con la definición de la pobreza como el trasfondo del habitar del ser a la intemperie real, el pobre carece de los recursos necesarios para alcanzar sus DESC, de tal manera, gran parte de esta situación empieza a revertirse con procesos de atención en salud, acompañamiento en la

satisfacción de necesidades básicas y de formación para el trabajo a las poblaciones más marginadas del estado. Estrategias que responden en especial a dos artículos fundamentales de los DESC al Artículo 6 “*Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado...*” y al artículo 9 “ **Artículo 9** *Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social*”.

Ahora bien, el habitante en situación de calle pone en cuestión la idea del espacio público y el espacio privado como dos espacios diferenciados, este espacio que fue demarcado por los griegos, lo público para las decisiones del pueblo, lo privado para las decisiones personales, se hizo difuso con la entrada del reino de los deseos en el campo de lo público, en especial con la nueva economía de la era moderna, el deseo inundo el ámbito de *lo social*, concebido como un espacio híbrido entre lo público y lo privado (Uribe, M. 1992).

Pero paradójicamente la satisfacción de las necesidades surgidas por el mercado redujo el margen de libertad política de los ciudadanos, lo expone Hannah Arendt, aun así, el habitante en situación de calle fusiona ambos espacios, en el se desdibujan y no se cumple ni la satisfacción de los deseos asociados al reino de la necesidad de la nueva economía ni el de su deliberación como miembro activo de las libertades democráticas. Mientras el ciudadano común debe preocuparse por luchar por la libertad de decidir en el contexto de la polis, el habitante en situación de calle esta por fuera de dicho conflicto, no se instala como parte del espacio público ni como miembro de la sociedad civil que lucha por sus deseos. Con la perspectiva de derechos y deberes se apuesta entonces por la restitución de este conflicto democrático, que es dinámico y esencial para la existencia de los ciudadanos. De acuerdo con la propuesta técnica presentada por la Universidad de Antioquia en el 2006 “*Atender la población en situación de calle - aquella que por condiciones de vulnerabilidad social o por opción hace de la calle su sitio de residencia de manera permanente o transitoria y que, por tanto, se ve obligada a permanecer el día y la noche en lugares públicos, en aceras, plazas, sitios baldíos, estaciones de buses o trenes, puentes, cuevas, orillas de río etc. -, se ha convertido en una prioridad de intervención pues, aunque esta situación no es nueva, en los últimos años se ha incrementado su número y se han*

deteriorado sus condiciones de vida, de tal manera que, el Estado se ha visto obligado a incluir esta problemática social en la agenda pública”.

La perspectiva de derechos y deberes es entonces un marco ético para la orientación, la definición y el desarrollo de las políticas, de los planes programas, proyectos y sistemas de interacción e intervención del estado con los ciudadanos, validado por la constitucionalidad política del estado social de derecho, el cual exige y demanda una política de acompañamiento y asistencia social a las poblaciones vulneradas y marginadas en Colombia

Esta concepción ética, amparada en la normatividad, implica que no se trabaja en función de la norma por la norma sino en función de la ética implícita en ella que se orienta a la vida misma, la eticidad por puro formalismo deja de lado el espíritu de la vida comunitaria del estado, el mejoramiento de las condiciones de vida de todos sus asociados, por ello la ciudad ha propuesto la inclusión como uno de sus ejes de acción.

1.4.1. Misión y plan de Ciudad en el marco de la perspectiva de derechos y deberes

En la vía del logro de la perspectiva de derechos y deberes está inscrita la misión y la visión de la ciudad de Medellín, misión que convoca a todos sus ciudadanos a hacerla parte de su propia realización. Para ilustrarlo retomamos y transcribimos las palabras con las cuales se ha consignado la misión y la visión de la capital de Antioquia (www.medellin.gov.co/alcaldia):

Misión de la ciudad de Medellín:

*“Estimular el desarrollo humano y cívico de sus habitantes, así como la provisión de los bienes y servicios de consumo colectivo; asegurar la efectividad de los principios, derechos y deberes ciudadanos; **promover la prosperidad de todos los habitantes;** garantizar la construcción colectiva del Municipio de Medellín, en sus espacios urbano y rural; **afianzar la Justicia Social** y proyectar a la ciudad de Medellín hacia las corrientes mundiales de la economía y la cultura; contagiar a los habitantes de humanidad para construir, entre todos, **una Ciudad más vivible** y menos esclava del culto al cemento.”*

Visión de la ciudad de Medellín:

“La ciudad de Medellín será un modelo de convivencia y desarrollo social en el ámbito nacional e internacional; una metrópoli donde la gente pueda consumir más ciudad, más cultura y más espacio público; una ciudad donde los gobernantes posibiliten a su colectividad los anhelos de felicidad; una ciudad en la que los habitantes aprenden a construir tejido urbano por encima de sus diferencias; una ciudad donde se pueda vivir con dignidad y seguridad; una ciudad donde se aprovechen las oportunidades para desarrollar plenamente los potenciales de sus habitantes; una ciudad que promueve la calidad de vida y establece como prioridades la educación, la salud, la vivienda, el espacio público y sus equipamientos; una ciudad integrada con el núcleo familiar, con servicios públicos para los ciudadanos; una ciudad donde se ejercita, día a día, la solidaridad y la cultura ciudadana; una ciudad competitiva conectada al mundo global; una ciudad para los encuentros y los diálogos; un espacio urbano para que la gente se junte y comparta generosamente con los demás.”

Es menester pues de esta línea de base hacer visible el fondo democrático en el cual se ha inscrito el sistema de atención al habitante adulto en situación de calle, de tal suerte la misión y la visión se desarrollan con mayor énfasis en el plan estratégico de la ciudad de Medellín, plan en el que se destaca para este programa la postulación de **la inclusión** como una de sus políticas centrales, pues en esto la ciudad sabe y reconoce que la exclusión sólo arrojará como fruto una ciudad cuyo espacio público se fragmenta, se segrega y se desbarajusta.

Por ello la segunda parte del plan de desarrollo de la ciudad lleva por título: *Medellín Social e Incluyente*, y en su párrafo inicial de coherencia con la perspectiva de derechos y deberes inherente a su naturaleza expresa: *“En la esencia misma del desarrollo humano integral, se encuentran los derechos fundamentales y la atención integral a una gama de necesidades básicas de las personas que van desde sus condiciones materiales de existencia hasta derechos que se refieren a condiciones de orden más intangible...El reto fundamental que enfrenta la ciudad, es el hecho de que existe una desigualdad entre sus habitantes, en lo que se refiere a sus posibilidades de acceso a la satisfacción de esas necesidades....trabajar desde la administración*

en la perspectiva de fortalecer la atención a los aspectos sociales pasa, necesariamente por favorecer la inclusión de las poblaciones más vulnerables". Para tal efecto propone como sus principales estrategias la garantía de los derechos fundamentales en salud y educación y la inclusión social basada en la solidaridad. Igualmente, la inclusión vuelve a estar presente en la tercera parte del plan de desarrollo de la ciudad titulado: *Medellín, un espacio para el encuentro ciudadano*, espacio que concreta la idea de la ciudad como ámbito de educación y aprendizaje, la propuesta de la ciudad educadora en la que no sólo confluyen las apuestas por espacios para el ocio y el esparcimiento sino la generación de dinámicas de aprendizaje conjuntas entre sus habitantes con el fin de promover la alteridad, el respeto y la solución conjunta a las problemáticas que en ella surgen.

1.5. INTEGRALIDAD Y REDUCCIÓN DEL DAÑO

Todas las modalidades de atención del sistema de acompañamiento al habitante en situación de calle tienen como base el principio de inclusión social -eje de la perspectiva de derechos y deberes-, estas modalidades que se describen más adelante se inscriben de igual modo en los principios de la intervención integral. Participo de la idea de que la integralidad no se logra con respuestas paliativas sino con políticas públicas y programas constantes que tengan en cuenta la inversión del estado, la voluntad y el compromiso político de los ciudadanos compartimos la idea de que *la integralidad supone una apuesta coherente y articulada entre las dimensiones del estado, la nación, sus instituciones y su ciudadanía.*

El sistema de atención al habitante en situación de calle lleva más de 20 años ajustando su propuesta desde una praxis constante que le ha permitido situar el programa actual como la base de un modelo a perfeccionar a través de nuevos estudios. Durante este tiempo la propuesta avanza y se orienta dentro de una concepción integral de las políticas sociales incluyentes que retoma lo mejor de las políticas basadas en los derechos sociales, económicos y políticos, y que profundiza en la búsqueda de una política social integral que tenga al hombre como su centro.

En aras de la integralidad diferentes entes internacionales le han planteado a la ciudad, a la sociedad y al estado la necesidad de un modelo de desarrollo más equitativo que permita a los individuos

hacer parte del proyecto de desarrollo dentro del cumplimiento de los derechos y deberes que postula la constitución nacional y el orden internacional, es en este sentido que se validan las “subculturas” de los marginados, en este caso de los habitantes en situación de calle, como interlocutores posibles de integración a las promesas de la modernidad, de tal manera la perspectiva de derechos y deberes asentada en la inclusión y la integralidad tienen en el concepto de *pacto* una esperanza, dado que hay una resistencia en los habitantes en situación de calle a vincularse nuevamente al contrato social formal, el concepto de pacto basado en la credibilidad de palabra permite restituir vínculos de confianza entre la institucionalidad y quienes han perdido por diversas circunstancias su fe en ella; si el contrato se instala en el orden de la formalidad del estado, en el orden jurídico, el pacto entre dos o más personas se instala en un orden informal que es la base de la eticidad social, el pacto como praxis se basa en la idea de construir intereses comunes y reciprocidades, y tiene como efecto no sólo el fortalecimiento de la confianza sino también la dinamización de la cooperación.

La integralidad de las políticas, los planes y proyectos es puesta en marcha bajo una praxis cotidiana interdisciplinar. La integralidad en el trabajo de campo se asume como una mirada compleja y amplia de la realidad, de todos sus componentes y de la relación entre ellos. Permite la comprensión e interpretación de la realidad del habitante en situación de calle en sus ámbitos de actuación de una manera comprensiva para ofrecer un diagnóstico y una respuesta favorable para el inicio de su recuperación. Por esta razón cobra importancia para el sistema de atención la estrategia de conformación de un equipo interdisciplinario (Trabajadores sociales, médicos, pedagogos, antropólogos, psicólogos, comunicadores) que acompaña permanentemente el proceso y que es el responsable de mantener el abordaje de las acciones desde las tres perspectivas seleccionadas por el sistema: derechos y deberes, integralidad y reducción del daño.

Las apuestas por una perspectiva de la restitución de derechos y deberes –incluyente- concretada en pactos de habla y por una concepción integral en la interacción que va desde la integralidad en las políticas hasta la integralidad ética, se completa con el pensamiento de la reducción del daño como fuente de auto-cuidado.

Según la Organización Mundial de la Salud(OMS) la reducción del daño es una concepción que surge en los procesos de atención a consumidores de drogas por vía parenteral que reproducen la epidemia del virus del VIH, sin embargo este concepto se ha extendido a otros programas de intervención, como tal esta propuesta busca la reducción de los riesgos pero no implica buscar la desaparición de la problemática, en esta medida es una concepción complementaria que busca evitar impactos más negativos tratando de mejorar la condiciones de salud del enfermo y disminuyendo el riesgo de contagio en la comunidad.

De acuerdo con el sistema de atención al habitante de la calle de la ciudad de Medellín propuesto por la Secretaria de Bienestar Social, la reducción del daño no se limita a la reducción de los efectos del consumo sino que busca reducir el daño asociado con su estilo de vida de calle o facilitar los medios para reformar su proyecto de vida. En tal sentido la reducción del daño es igualmente integral ya que quiere “...disminuir los efectos negativos que causan los comportamientos de riesgo (consumo compulsivo de S.P.A, prostitución, y actividades delincuenciales), como *Objetivo Intermedio* (complementario) que puede o no conducir a la cesación de esos comportamientos y/o reducir el impacto negativo que causa sobre el entorno.”

La mayor parte del trabajo realizado en “Reducción del daño” está asociado con el uso de drogas, y algunos aspectos claves relacionados son:

- “El uso de drogas no desaparece pero se disminuyen sus aspectos dañinos.
- Las personas-beneficiarias pueden reducir el daño que se hacen a sí mismos.
- El objetivo final podría ser la abstinencia, sin embargo si no se logra también es deseable reducir el uso de drogas, el número de muertes, las enfermedades y el crimen, relacionados con el consumo de drogas.
- En esta intervención los procesos deberían ser voluntarios y no se debería forzar a las personas a recibir los servicios.
- Se busca educar a la persona-beneficiaria acerca de los riesgos inherentes al abuso de las drogas como contagio de enfermedades infecto contagiosas y de transmisión sexual y de todas aquellos problemas asociados a su estilo de vida.” (www.aidsinfonet.org)

Para el sistema de atención al *hsc* el concepto de reducción del daño comprende todas aquellas estrategias y acciones que conducen a mejorar la salud pública e individual con fundamento en la educación y la atención.

Los presupuestos sobre los que se desarrolla este enfoque, son los siguientes:

- Se asume que no todos los habitantes de calle atendidos en el proyecto aceptan asumir procesos de recuperación.
- La intervención no siempre puede resolver todos los problemas asociados con los diferentes ámbitos del habitante de calle: individual, comunitario y sociopolítico.
- Es preciso considerar los distintos niveles de daño, frente al compromiso de recuperación que asume o no cada individuo.
- Muchos de los riesgos relacionados con las problemáticas del habitante de calle se pueden reducir sin eliminar la problemática.
- La estrategia de acompañamiento permanente busca involucrar a parte de los habitantes de calle como personas-beneficiarias del proyecto, para que a través de la atención se puedan remitir a otros servicios contemplados en la política pública de atención a grupos vulnerables.

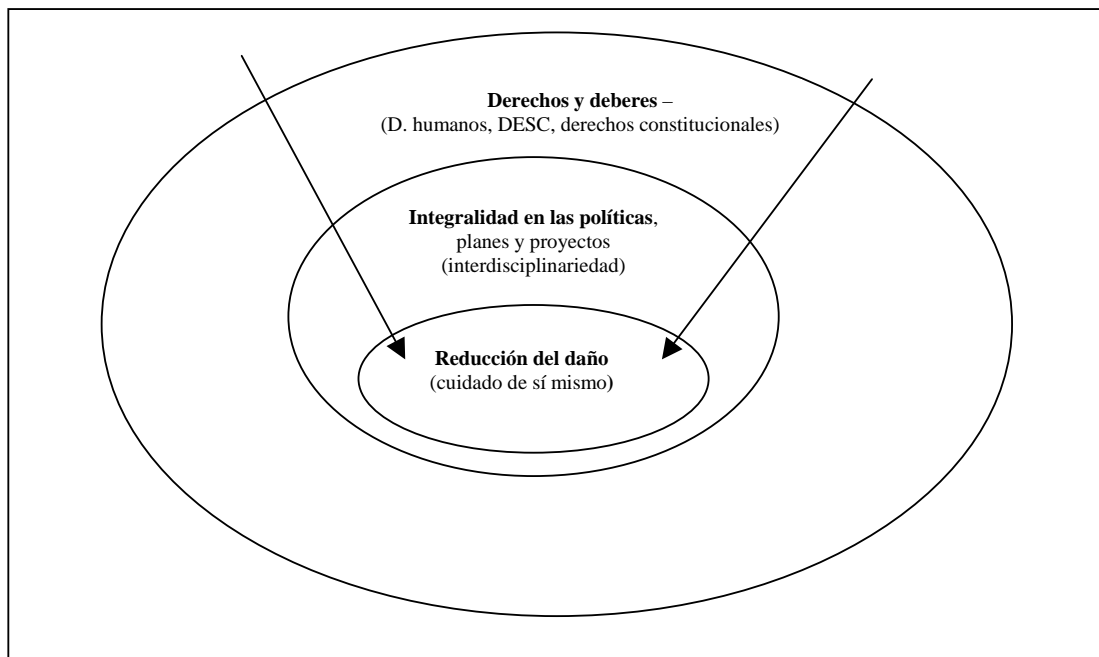
Esta concepción suplementaria de la reducción del daño permite acercar y sugerir que es plausible pensar una concepción nuclear en su seno, la perspectiva del *cuidado de sí* evidenciada por Michel Foucault como la batería, acumulación, depósito y combinaciones de experiencias y saberes a las que accede un individuo para tomar sus decisiones procurando dentro de los juegos de verdad, elaborar, transformar, y acceder a un cierto modo de ser, acceder a un proceso ético que puede implicar prácticas de libertad y de liberación reconociendo los alcances de estas en el sí mismo y en los otros. Con esto Foucault propone definir la ética como la práctica reflexiva de la libertad, en donde la libertad es la condición ontológica y la ética una reflexividad sobre la misma.

El *cuidado de sí* puede ser visto como el núcleo de la reducción del daño. Nos dice este pensador que el cuidado de sí también es una forma de cuidar de los otros, pues al cuidar de mí, de mis acciones consecuentemente cuido de los otros cercanos e impacto a los otros distantes de mí

ciudad, pero una condición de este cuidado de sí es la existencia de una relación YO-TU como lo formula Lyotard en su ensayo *Los Derechos del Otro*, en la que de uno de los lados se requiere la presencia de un educador o maestro. O sea, el cuidado de sí requiere de la educación como uno de sus soportes.

Afirma Foucault que *“Una ciudad en la que todo el mundo cuidase de si mismo como es debido sería una ciudad que funcionaria bien y que encontraría así el principio de su perpetuación”* y más adelante explicita *“Pero si uno se ocupa de si como es debido, es decir, si uno sabe ontologicamente quién es, si uno es consciente de lo que es capaz, si uno conoce lo que significa ser ciudadano de una ciudad, ser señor de su casa en un oikos, si sabe que cosas debe temer y aquellas a las que no debe temer si sabe todo esto, no puede abusar de su poder con relación a los demás”*. Sugerir esta idea o propuesta como última aspiración y fin de la reducción del daño puede parecer utópico en relación a la situación cotidiana del habitante en situación de calle, pero no tenerla en el horizonte como una finalidad abierta sería en realidad dejar de lado la oportunidad de pensar que la reducción del daño puede ser el aliciente para movilizar la conducción de una o varias vidas por caminos diferentes al de consumir el ser en los consumos de lo insalvable.

Estas afirmaciones al compararlas con uno de los fragmentos del pensamiento oriental de Lin Yu Tang del libro *La Importancia de Vivir* son sorprendentemente coincidentes, ya mencionadas en el epígrafe de esta línea de base, las traemos de nuevo por su belleza e importancia: *“El pueblo antiguo que deseaba tener una clara armonía moral en el mundo, ordenaba primero su vida nacional, los que deseaban ordenar su vida nacional regulaban primero su vida familiar. Los que deseaban regular su vida familiar cultivaban primero sus vidas personales; los que deseaban cultivar sus vidas personales enderezaban primero sus corazones; quienes enderezaban sus corazones hacían primero sinceras sus voluntades; los que deseaban hacer sinceras sus voluntades llegaban primero a la comprensión, la comprensión proviene de la exploración del conocimiento de las cosas...”*



Esquema de las perspectivas conceptuales incluidas en el sistema de atención al Habitante en situación de Calle

Se sugiere entonces que **la perspectiva de la reducción del daño de pie a que se dinamice el cuidado de sí,** algunos habitantes en situación de calle han realizado dicho camino, resignificando el vivir en la calle para caminar hacia una nueva forma de convivir con la ciudad y el programa democrático, pues de hecho, la vida en la calle como experiencia de transformación al límite hace que quienes dejan la calle al ingresar en el campo de la institucionalidad moderna lleguen a él con un saber que les permite comparar y contrastar ambos mundos como no lo posee ningún otro. Pocos hombres cruzan las montañas del averno y vuelven con cordura para contarlo.

En este sentido acceder a la vida en la intemperie supone la destrucción de una forma de vida previa, la destrucción de la identidad del ciudadano del proyecto moderno, implica vivir por fuera de él, del acceso a sus derechos. Lo que indicamos es que quienes retornan después de esta experiencia y reconstruyen su modo de ser dentro de los márgenes de la sociedad moderna han vivido un proceso de construcción-destrucción que produce un saber plausible de reconocerse y

ser parte de los nuevos programas, de este modo los programas del sistema de atención al habitante en situación de calle han incluido como miembros de sus equipos de trabajo a personas que vivieron la experiencia de calle, de vivir su ser en la intemperie real.

Esta línea de base del sistema de atención al habitante en situación de calle se reconoce en tres ideas paradigmáticas en la que la primera acoge a la segunda y la siguiente a la tercera: 1. perspectiva de derechos y deberes (concepción de inclusión), 2. perspectiva de integralidad en la intervención (acción articuladas a las políticas del *demos*), y 3. reducción del daño (apuesta por el cuidado de sí y de los otros). Estos son los soportes paradigmáticos básicos desde los cuales se configura el fondo del sistema de atención al habitante de la calle, supuestos que fundan el punto de partida para la consolidación del modelo de atención al que aspira la ciudad.



Los anteriores enfoques, aunados a la consolidación de políticas públicas específicas y permanentes, y a la conciencia de la ciudadanía en general de que los habitantes de calle son un sector de la población con problemáticas que a todos nos competen y a las cuales debemos aportar, permiten a largo plazo mostrar cambios graduales y favorables para la ciudad.

1.6. DEFINICIÓN TÉCNICA Y COMPRENSIVA DEL HSC

1.6.1. La definición técnica

En el *Censo sectorial habitantes de y en la calle* coordinado por el DANE en el 2002 en la ciudad de Medellín se presenta una definición de ambas acepciones de habitante, de acuerdo con las entidades participantes en el censo se acordaron las siguientes definiciones:

“Habitante de la calle: Es la persona de cualquier edad que, generalmente, ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida.

Habitante en la calle: es el menor de 18 años de edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo en la calle, y que durante el operativo de campo, por observación se viera pidiendo, vendiendo o ejerciendo la prostitución en los principales corredores económicos de la ciudad de Medellín. Es importante

resaltar que ellos cuentan con un lugar donde llegar: la casa de su familia, la habitación de una residencia o de un pequeño hospedaje”

En estas definiciones se ven claramente dos criterios, el primero es el de la presencia o no de un techo en donde pasar la noche, variable que organiza los ciclos de vida entre día y noche, que establece a quien se le designa con la preposición *de*, y la segunda es el criterio de edad, de minoría o mayoría de edad, así fue como lo demarcaron para este censo en la ciudad de Medellín que sigue siendo relativamente reciente

Por su parte la definición que se encuentra en la documentación del programa de la Secretaría de Bienestar social precisa lo siguiente:

“*Habitante de la Calle:* Opción de vida, se desenvuelve fundamentalmente en la calle, como espacio físico, social donde resuelve sus necesidades vitales, construye relaciones afectivas, simbologías y mediaciones socioculturales, *estructurando un estilo de vida.*

Habitante en calle: Menor de 18 años que hace de la calle el escenario propio de supervivencia, alterna con red social de apoyo (vendedores, mendigos, víctimas de explotación sexual)”.

Si bien conserva el criterio de la edad para trazar un límite entre uno y otro, hace un énfasis especial en la opción y en el estilo de vida que se articula al espacio de la calle. Fuera de estas se posiciona una definición mediana, mediadora, una definición mucho más amplia y general que cobija a ambas, la definición del ***habitante en situación de calle***⁴ “Lleva a cabo sus principales actividades en relación con la calle” que si bien es sintética deja en claro que el habitante en situación de calle no se define por la edad, por el acceso al techo para dormir, sino por su acontecer vivencial en la calle como su espacio de sobrevivencia, lo que poéticamente llamamos *el ser en la intemperie real*, que no es otra cosa en términos de la legalidad y la legitimidad que vivir por fuera del acceso a los derechos básicos fundamentales, ya sea por pobreza, por motivos de fuerza mayor o por elección. La definición del *habitante en situación de calle* es en este

⁴ Definición que igualmente ha considerado pertinente, a partir de la interpretación de las entrevistas, el equipo de investigación de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia.

sentido incluyente y coherente con las bases paradigmáticas del sistema de atención a esta población.

Según el DABS - Departamento Administrativo de Bienestar Social de Bogotá, “Las personas adultas **que habitan la calle**, han generado un estilo de vida particular que se manifiesta en el desarrollo de sus propias normas de convivencia a fin de adaptarse a su medio. En ellos son frecuentes comportamientos tales como uso y abuso de sustancias psicoactivas, prostitución, maltrato, así como algunas formas de agresión y violencia que afectan su entorno y la seguridad ciudadana. Un alto porcentaje de esta población presenta problemas de salud física y mental que denotan un proceso de autodestrucción convirtiéndolos en hombres y mujeres de alta vulnerabilidad y sujetos de las políticas sociales del Estado que en la mayoría de los casos han sido de tipo asistencialista. Esta población presenta una diversidad de perfiles que hacen aún más complejo el problema y las posibles alternativas de solución ya que se requieren ofertas institucionales de acuerdo con las problemáticas presentadas por este grupo poblacional”.

1.6.2. Aproximación comprensiva a la vivencia del habitante en situación de calle: ser en la intemperie real⁵

De acuerdo con el famoso epitome de la hermenéutica *poéticamente habita el mundo el hombre* planteado por el poeta del romanticismo alemán Hölderlin y que desarrollara Heidegger, por medio del habla y del lenguaje construimos mundo. Comenzamos con esta referencia para señalar la importancia de los términos que componen la noción *habitante en situación de calle hsc*, pues habitar en el sentido humano remite a la capacidad de habla, el habitar es un nombrar el mundo, el **habitante** es el sujeto de dicha práctica del lenguaje...coincidentalmente habitar y habla tiene grafemas y fonemas similares los cuales implican el habito, habitar del latín '*habito,as,are,habitavi,habitatum*', y hablar del latín '*loquor,loqueris,loqui,locutus sum*'- con este juego interseccionado de palabras queremos señalar que el habitante humano vive el mundo por la

⁵ Elaboración en torno a las entrevistas de la Investigación. Análisis conceptual y empírico del programa de atención al habitante en situación de calle. Facultad de ciencias sociales y humanas. Universidad de Antioquia. 2.006

manera como lo nombra, que en esta dirección el *hsc* tiene la misma posición y potencialidad ontológica que cualquier otro habitante, con la particularidad de no cumplir el requisito de vivir bajo el techo propio o estar circunscrito al topos físico y económico de una familia.

En continuidad, el segundo termino de esta referencia al *hsc* es el de **situación**, en situación es un termino que involucra tanto la disposición de los factores externos como la posición del individuo frente a los hechos, igualmente su connotación remite a la transitoriedad, las situaciones suelen ser temporales, lo que en sí abarca la no determinación última del ser por esta condición, ni se nace ni se tiene por definición futura acontecer para siempre como un ser de la calle, es en definitiva un acontecimiento sociocultural frente al que se dispone un individuo.

Por su parte la **calle** nos convoca a pensar de entrada en los procesos de urbanización, que si bien consideramos modernos debemos pausar a razón de que la calle acarrea en su seno un significado que le es propio más allá de la urbe (*Urbs*-asentamiento), la calle es la senda o el camino que conduce al asentamiento o al hogar. Ya en el sentido de las ciudades (*Civitas*- comunidad con un gobierno propio) percibimos que la urbanización es un fenómeno que acompaña a la historia de la humanidad, en ella las calles de todos los poblados del mundo han servido de habitat para los transeúntes, los inmigrantes, los viajeros, los aventureros y los marginados. Pero en el caso de las grandes ciudades este fenómeno se dice que pone en riesgo la existencia misma de la comunidad y de la civilidad, pues se producen nuevos asentamientos sin autogobierno, ciudades plagadas por la fragmentación y la exclusión, con formas de gobierno por fuera de los límites del estado.

Podemos decir de manera fraterna que el *hsc* es un ser que habla en y de su mundo, un mundo en el que su camino existencial es la propia calle, en el que confluyen el camino de la vida y el camino urbano, en el cual el sentido vital se despliega o emplaza en un lugar que para la mayoría es de paso y de transitoriedad, si bien la situación no es definitiva, para muchos de ellos la periodización y la frecuencia de su estadía en la calle puede ser de meses o de años. Este estar en la calle, no necesariamente ser de la calle, es un lapso temporario más extenso que para el ciudadano que posee su techo, pues para el ciudadano “común” la condicionalidad de su techo rompe el ciclo de estadía en la calle, su techo le invita a estar en el día en la calle y de noche en la casa, en contraste, para el *hsc* la temporalidad se juega de día en calle y la noche en ese mismo

camino-lugar. Esta situación en la calle ubica la ausencia de un punto de llegada con el cual romper dicha condición, de tal suerte, el *hsc* es un ser que habita en su posibilidad la duplicación diurna y nocturna de las calles de la ciudad, que altera sus ritmos, pasa noche en vela y día en sueño, él no se desplaza como viajero de un lugar a otro, su lugar de desplazamiento es concéntrico sobre la urbe, el *hsc* viaja a diario sobre el mismo camino, es Sísifo quien sube hasta la cima de la montaña la roca que debe caer de nuevo para retornarla hasta la cima incontables veces, y en este camino somete su existencia y su ser a la intemperie real, a la exterioridad del ambiente, camino que tiene sus particularidades según el proceso de urbanización y civilidad que le ofrece el paisaje urbano y ciudadano, como tal se encuentra en una condición transitoria que le impele a confrontarse o a adaptarse, tanto a su propia decisión como a los procesos de urbanización y despliegue del desarrollo de la sociedad de su época.

Es pues cometido de esta pequeña y modesta interpretación realizar una lectura del habitante en situación de calle *hsc* desde la perspectiva de la realidad cotidiana sin dar el crédito a una óptica que se crea guiada por el deber ser del moralismo ni por el objetivismo de la racionalidad instrumental. Con Michael Maffesoli reconocemos que hay en este tipo de acontecimiento y de vivencia una realidad caracterizada como multiplicidad y comunidad que a la par es transversalizada por una lógica emocional que desborda en la mayoría de los casos los propósitos de una objetivación radical. A la par concordamos con Michel Foucault en algunos de los elementos de su concepción de la experiencia límite, en especial la experiencia paradójica de *recordarse olvidado*, de recurrir a la memoria que le confirma como un ser que ha sido marginado, acontecimiento frustrante para la mayoría o potenciador según el carácter de unos pocos que se superponen a ella, en tal sentido la evidencia de sus vidas nos habla de un constante poner al límite su cuerpo, su existencia, una experiencia del límite en las drogas, la sexualidad, la alimentación, y la defensa-agresión que en la situación de calle lleva a un individuo a transformarse radicalmente por un proceso de reedificación o a ser demolido y sacrificado en las mismas concomitancias intempestivas de su condición.

Este acercamiento interpretativo también ve con criterios socioculturales los usos del cuerpo y de la salud del *hsc*, y si bien los términos psicopatológicos pueden adquirir importancia en casos específicos, y sobre todo en este fenómeno tentarnos, queremos señalar que en caso de realizar

una analogía sobre el carácter y el temperamento de sus comportamientos colectivos en términos de la radicalidad y extremismo que de suyo ellos manifiestan, tales denominaciones del patos – pasión- se dan entre lo que puede llamarse, de un lado, estado *melancólico* marcado por la tristeza y el duelo, y del otro los eventos y momentos de la denominada *mania* como estados impulsivos de descarga en sus relaciones cotidianas. Afirmar ambos extremos de un modo descontextualizado nos llevaría peligrosamente a una lectura ligera, a afirmar la psicologización de los acontecimientos del *hsc*.

Queremos señalar que una descripción e interpretación de las polaridades que se desocultan en la vida del *hsc* puede recurrir en algún momento a tales conceptos mentalistas bajo fines descriptivos para la colectividad, pero no dicen realmente aquello de lo que trata la vivencia del *hsc*, ya que en el caso de afirmarlos señalaríamos como anormalidad situaciones que contextualmente no podrían ser de otro modo, dado que nos encontramos en un terreno de experiencias límite, así términos como *borderline*, *manicodepresión*, *personalidad y estructura bipolar*, podrían ser utilizados pero los evitamos no sólo para salir de las etiquetamientos sino para advertir que en una realidad límite las respuestas de sobrevivencia son límites.

Nosotros advertimos y precisamos que sin una lectura de la realidad en la que viven los *hsc* estos términos descontextualizan y tergiversan el fenómeno y su cotidianidad, vemos que por ejemplo en estos casos los contenidos ideacionales de miedo y la paranoia están ampliamente justificados por los sucesos de inseguridad que atentan contra su integridad, no son sólo el producto necesario de una formación delirante particular o de una tergiversación de la realidad por el uso de sustancias tóxicas sino el efecto de una realidad en la que la violencia es ambiguamente consensuada como un código “ley de la calle” ante los peligros que ofrecen posibles agresiones y violencias reales que ya han sido constatadas en contra de ellos y de sus “aldeas”.

Como decimos, esto igualmente debe considerarse sin negar casos particulares en los que efectivamente se dan los diagnósticos de trastorno mental, los que no son propiamente un efecto de la calle sino que eran cobijados y propiciados por los procesos de sujeción en sus familias o en las instituciones de socialización legitimadas por la cultura para ello. Por tanto no es un objetivo de esta descripción diagnosticarlos psicopatológicamente. En cambio vemos que su

comportamiento produce según el caso una poética tierna y/o siniestra de lo excluido que es muy amplia y heterogénea.

La insinuación del termino aldea que se ha hecho en un párrafo anterior también tiene aquí su razón de ser, en la sociología contemporánea se ha llevado o extrapolado el termino antropológico de *tribu* para dar una mejor comprensión y explicación a los fenómenos de agrupaciones marginales, o de una marcada especificidad relacionada ya con la deprivación cultural o con la elite cultural también llamada tecnología de punta, en este caso Michel Mafessoli nos ha expuesto la existencia de tribus ligadas a la delincuencia urbana fruto de procesos de miserabilización de la existencia al igual que tribus vinculadas a la Internet con altas tecnologías que configuran vínculos sociales específicos, todas ellas, dentro o fuera de la normatividad del contrato social tienen como carácter común o afín su dimensión emocional, la cual se constituye en el aglutinante, en el pegamento que profiere la cohesión de su grupalidad, en otros términos, el reconocimiento afectivo cumple la función de factor incluyente en los grupos marginales ya sean por exceso o carencia de medios.

Sin embargo la noción de tribu es vista por algunos como un termino que tergiversa la real concepción de su sentido antropológico ya que esta se ha utilizado para hacer descripciones etnográficas para el *otro*, el no occidentalizado, con esto queremos arribar a una comprensión más particular: los *hsc* no son una tribu cohesionada, no tienen unidad, por su variedad de intereses, producciones y consumos se conectan a diferentes centros de la ciudad que operan como habitats para acceder a las seguridad, al alimento, al licor y las drogas, a la salud, pero en especial para alcanzar la seguridad física y afectiva, estos espacios operan más como aldeas de paso “Carpas” “Puentes” “centros” “oficinas” que proveen la satisfacción de sus necesidades, así, de acuerdo a su nivel de demanda y de relación con la norma y la institucionalidad se inscriben dentro de esas mismas aldeas –su función central como la de las aldeas clásicas es la de proveer- pero más específicamente son *aldeas de paso* en las que se incluyen los mismos centros de atención dispuestos por la gubernamentalidad para la reducción del daño que pueden ellos ocasionarse al renunciar a su auto-cuidado y al de los otros.

Otro carácter de esta lectura breve y vinculante que se dispone en estas líneas tiene que ver con el fenómeno del temor, y de la inseguridad, es a los mismos *hsc* y a las instituciones protectoras de los derechos de los *hsc* a quienes corresponde visibilizar y llevar ante las autoridades los casos en torno a los procesos de victimización que padecen, nuestra labor no está en este caso remitida a hacer una defensa activista, ni una defensa o toma de partido por el *hsc*, concebimos que hay un fenómeno reincidente en el relato significativo y cualitativo de estos que provee e incrementa el temor en sus experiencias vivenciales cotidianas, temor que entra a ser parte de los grupos y de las aldeas de paso de los *hsc* que encuentran en sus agrupamientos una alternativa para no ser agredidos por ellos mismos ni por los agentes simbólicos y reales de otras violencias que se producen en la ciudad, a la vez tampoco compete a esta interpretación hacer señalamientos sobre niveles de delincuencia en la población de los *hsc*, de hecho las tendencias significativas en las entrevistas a los *hsc* y a los operadores del programa revelan que la delincuencia en ellos es un fenómeno residual asociado a unos pocos *hsc* que no encuentran o buscan modos de productividad para responsabilizarse de su propio consumo, mientras tanto ha sido evidenciado en los diferentes estudios, incluso en el Censo realizado por la municipalidad en el año 2002, que el principal problema de los *hsc* esta asociado al consumo de sustancias toxicas que proviene en la mayoría de los casos de sus hábitos familiares y sociales, lo cual indica sin lugar a dudas que en los caminos de la urbe se posiciona lo que el *socius* produce.

Ahora bien, si el orden de una sociedad se define estructuralmente por lo que se excluye simbólicamente, o un conjunto se delimita por un trazo y un corte frente aquello con lo que se diferencia, sabemos entonces que en lo social esa exclusión puede ser radical y promover mayor indignación y violencia o puede ser moderada y plantear un puente de intersección para aquellos que quieren cruzar del otro lado.

Entonces todas las ciudades del mundo en proceso de urbanización y desarrollo poseen ciudadanos sin techo, habitantes en situación de calle (El llamado tercer mundo ya se ha emplazado en las calles del “primer mundo” y viceversa), lo que caracteriza a las unas frente a las otras es la calidad de los programas con que mitigan los factores de riesgo y los proyectos con los cuales atienden dicha problemática.

Vemos algo que esta frente a nuestro rostro y lo dejamos de lado para justificar la negación, la misma exclusión y la marginalidad en la que el *otro* vive, cerramos la posibilidad de pensar el sentido y significado del vivir y de quien vive a la intemperie con nuestros prejuicios u opiniones automáticas, por ejemplo: *eso es culpa de ellos...*, prejuicios que ni siquiera remiten a la responsabilidad sino a las figuras del pecado que tan inmersas están en nuestra piel curtida por procesos religiosos que la más de las veces olvidan la misma esencia de su espiritualidad y eticidad: *la alteridad* –el respeto por el otro-. No eximimos de responsabilidad a cada uno en lo que le concierne, pero tampoco cerramos la posibilidad de pensar el sentido y el significado del proyecto existencial del *hsc*.

Lo que esta a la vista es que el estilo de vida adoptado por el *hsc* es una práctica existencial que somete a cuestionamiento toda la construcción de la idea de progreso y desarrollo a nivel personal y social que ha promovido la modernidad. En síntesis proponen con sus actos una antipedagogía de la modernidad, con un aderezo que hace más compleja y verosímil su actuar: *sobreviven, resisten y persisten en dicho modo de vida*, se adaptan a las condiciones de la intemperie física, afectiva, existencial y social.

La idea de ser un individuo que participa de los contratos sociales de la democracia y del estado social de derecho es derogada por la idea de vivir pactos básicos ritualizados sobre necesidades concretas; la idea de mantener el cuerpo limpio para una buena salud es revertida por la de una estética de los detritos y la mugre que fortalece su sistema inmunológico; la concepción de la estabilidad de la pareja entra a ser vaciada y reemplazada por una sexualidad sin limite; el cuerpo no se convierte en el objeto del *spa* de la moda sino que hace las veces de una carrocería o de un duro parachoques, con su idea de cuerpo buscan trascender el organismo, estar por encima de la idea y de la realidad de la enfermedad, concepción y práctica que algunas veces alcanza sus limites cuando el parachoques se trunca o se arruina al máximo; sus modos de aprendizaje no pasan por la institución sino por el camino de las calles, sus vínculos emocionales no se concentran en la filiación de la familia de sangre sino en la filiación de la aldea de paso; de tal suerte su organismo responde a la proposición de la potencia del cuerpo dibujada por Spinoza, Nietzsche, Foucault, Deleuze, según la cual la potencia de la voluntad y de su cuerpo es la que orienta y guía los usos del organismo, así un hombre puede hacer mil cosas diferentes con su

cuerpo, cosas distintas a las que le prescribe la cultura moderna o la del momento: “Pero lo que yo he visto, se aguantan el dolor y con la droga, mantienen como encalambrao el dolor ... pues, mantienen la enfermedad como ahí, pasmada...” (Opd)⁶ Esta idea se cumple sorprendentemente para ellos, pero lo es más para nosotros, ellos nos revelan con su vivencia que el ser humano puede vivir bajo condiciones extremas, y con esto están rememorándonos los pasados primitivos que buscamos olvidar o reprimir y los futuros posibles a los que podemos vernos abocados en el caso de las grandes tragedias y hecatombes. El hsc es un ser liminal que trae en sí una parte de verdad sobre la condición humana que muchas veces no queremos reconocer pero la cual hoy la ciudad esta llamada a escuchar y a tener en cuenta.

Sus prácticas, bajo formas muy particulares de ver y hacer en las calles de la ciudad, decimos, cuestionan todo el *socius*: la *polis*, el *ethos*, el *bios*, la *episteme*, la *economía* –*oikos*-y la *estética* de la sociedad moderna. Nos confrontan, suponerlos vaciados de fuerza para la productividad o impotentes para las tareas que requiere la ciudad es otra obcecación, pues vemos que si no existe en ellos producción para el *socius* hay a la inversa mucha potencia para sí, un derroche de gasto en su sí mismo, toda la potencia se consume en su sí –consumo de consumos-, un proyecto de gasto que no reedita créditos para la ciudad –excepto para los circuitos ilegales de la droga-, esa es otra propiedad, otro estado de realidad que no es soportable para la sociedad contractual o mejor para el contrato social, no en vano el imaginario religioso, social y colectivo esta plagado de dichos, refranes y chistes sobre lo incomodo que es trabajar, sobre el malestar que nos genera la responsabilidad, esto hace que el exponer su acto como una verdad sin mascara produzca irritación en los otros, poner en evidencia el saber y la posibilidad de no colocar a circular nuestras potencias en relación con los compromisos de la sociedad moderna, con las buenas costumbres, los convenios de norma y los contratos jurídicos que ha propuesto el *socius* hace un agujero a los ideales de la sociedad. Sin embargo, hoy por hoy la gubernamentalidad ha empezado a comprender que hay otras formas de ser, y que ya no es necesario readaptar sino reducir el daño, no castigar sino convenir dentro del libre desarrollo de la personalidad, constituido y validado en el estado social de derecho y en los derechos humanos propuestos en el orden cosmopolita.

⁶ Texto significativo expresado por un operador pedagógico del programa.

En cierta medida la etiología sobre las causas del *hsc* es ya conocida y a veces sobrediagnosticada, y no se puede desconocer que estas problemáticas presentan un acumulado histórico porque las causas que dan origen a la problemática del habitante de calle son estructurales y de diversa naturaleza, presentes en toda la historia de la sociedad, de nuestro país y de nuestra ciudad, entre ellas la violencia intrafamiliar, el consumo de psicoactivos, falta de oportunidades en el ámbito social, y la decisión personal: “...obligan al elemento a independizarse del hogar. Muchas veces aventuras, su independencia, sentirsen libres, si. Otros por vicios, amigos, amigas”(hsc)⁷. Esta conexión polar, entre carencia de necesidades básicas como las plantea Maslow y el deseo de liberarse de la sociedad configura el marco de producción del fenómeno al provocar las condiciones de vulnerabilidad social como encuadre del acontecimiento de arrojar su ser a la calle, a la intemperie, esta conjunción de condiciones entre la sociedad y el sujeto precipita la búsqueda de una libertad, el deseo de unas prácticas de liberación que están por fuera de la civilidad, que dan como resultados hombres errantes, nómadas, vagamundos, “tribus” urbanas, aldeas de paso, este proceso puede a veces juzgarse como fruto de una anomia en el individuo, pero ello está lejos de comprender como se produce su acontecer, es otro obstáculo epistemológico leer el fenómeno desde un solo factor pues el rechazo de la normatividad moral no es más que un elemento en un problema de alta complejidad:

Tenemos entonces que los *hsc* se sitúan en un espectro nómada y temporario, ellos se disponen en una situación y estilo de vida tanto con respecto a sus rutas para acceder a los espacios y aldeas de consumo, como frente al tiempo y antigüedad en la calle, que va desde resistirse en un inicio a perder su condición de ciudadano “común” hasta incorporar la identidad de *hsc* por victimización o por asimilación comprensiva en la que se reconocen como habitantes que han sido disipados por las dinámicas del estilo de vida que promueve la calle como habitat. Las valiosas definiciones y clasificaciones aportadas por las personas-beneficiarias y los operarios nos enseñan este espectro tipológico, jerárquico y descriptivo que va desde *trabajadores* (cartoneros, lava carros), *rebuscadores* (cuidadores de carros, despachadores de buses), *retacadores* (pedidores de limosna), *hasta escaperos* (robos picarescos menores y en poca proporción) y *carramenteros* (que se dejan caer en la calle, que derribados en su ser tienen arruinada la vida misma). Esta clasificación da cuenta tanto de los rituales de sobrevivencia, y de su economía como de sus

⁷ Texto significativo expresado por un habitante en situación de calle.

estéticas, para la cual la imagen entra a ser un indicador del modo en que se ha dado el proceso de *caída* o de *ascenso*, pues ambos son los polos y procesos que están en juego en este ser a la intemperie, caer más o ascender y salir de la lógica de la calle, salir con su camino o proyecto del aciago camino de la calle.

Entre la configuración del espectro espacial y temporario del habitat para sus ritualizaciones y su decisión de caer o ascender se moviliza el “*judío herrante*” “... *estamos pelaos, estamos pelaos, tenemos hambre, nos andamos toda la ciudad de Medellín rebuscándonos qué comer, rebuscándonos una moneda, para la sobrevivencia. Esa es la sobrevivencia. Eso es lo que yo llamo la ruleta del juego de la vida*” (hsc)⁸. Podríamos pues trazar un plano cartesiano para estas polaridades (espacio y tiempo), y (caída y ascenso), cruzarlas y tener un cubo ya no cartesiano sino existencial en el que los puntos de intersección entre un eje y otro dan cuenta de los momentos en que la decisión, el azar, la suerte y la muerte a todos nos llegan.

Podría observarse que las formas de las figuras nómadas de la calle, *trabajadores, rebuscadores, retacadores, escaperos y carramenteros* tienen jugada con mayor intensidad su existencia en el cuadrante donde confluye la movilidad azarosa “*judío herrante... la ruleta del juego de la vida.*”...en la que esta intensidad combina con la idea de una vida al límite, una vida extrema de la cual se puede aprender un nuevo estilo para ser.

Pero para otros, en su narrativa vital, la vida de la calle no parece ser tan trágica y azarosa, estos textos nos ilustran algunos casos: “... *después de estar un tiempo en la calle, nos damos cuenta que también es una nueva experiencia que se adquiere y nos damos cuenta del valor que tienen las cosas, las cosas pequeñas; y el valor que tienen las personas que realmente creímos que nunca nos iban a servir.*” Y “...*que vivir en la calle ... la calle es del que quiera. La calle... nosotros estamos en un mundo donde el terreno es... donde el terreno abunda, el agua, todo... para el ser humano, mejor dicho, Dios nos dio en abundancia a nosotros para que hiciéramos lo que quisiéramos y seamos los dueños de este mundo. Por eso yo creo que no hay ser humano que sea menos que otro.*” Ambas versiones de estos hsc redundan en una posición espiritual que trae visos del aquí y el ahora budista y de la providencia cristiana.

⁸ Texto significativo del habitante en situación de calle.

Las imágenes –iconología-, **los espacios** –topología-, y la **temporalidad** –cronología- de los *hsc* son **indicadores e indicativos** de unas costumbres que se han constituido a la vez en fuente de trabajo de fotógrafos y periodistas, de documentalistas y cineastas, de trabajadores sociales, pedagogos y psicólogos, la imagen del *hsc* en sus propias palabras y en el hablar de los operadores y funcionarios dice de su proceso, de su *poiesis* –creación-, y de los procesos de la urbanización.

Otrora, lo más particular de esta comprensión y de esta vivencia es que en el *hsc* a pesar de su resistencia a la modernidad, siempre hay profundamente una puerta abierta, una posibilidad para retomar la propuesta que le hace la ciudad para no repetir un final trágico, o al menos un final trágico sin sentido.

1.7. CONCLUSIONES SOBRE LA CONCEPTUALIZACION DE LA LINEA DE BASE DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HSC

Estas son las conclusiones a modo de indicaciones que se hacen con sentido aclaratorio y las recomendaciones a la par se presentan con fines propositivos para la propuesta técnica con el fin de que oriente la futura elaboración del *modelo del sistema de atención del habitante en situación de calle de la ciudad de Medellín*, estas indicaciones tienen en consecuencia un efecto moderador sobre la propuesta técnica elaborada por la Secretaria de Bienestar Social y retomada por la U. de A.

En principio el equipo de investigación de la Universidad de Antioquia conformado por profesionales de la facultad de ciencias sociales y humanas, y de la Facultad Nacional de Salud Pública aclara que no es fin de una línea de base resolver o complementar los vacíos o problemas inherentes a la propuesta en construcción, a lo sumo se han hecho algunas sugerencias o moderaciones que pueden ser o no tomadas en posteriores fases según el criterio del equipo ejecutor.

El equipo de investigación de la U. de A. observa y reconoce que hay una gran cantidad de situaciones que se afrontan con éxito en la cotidianidad del sistema de atención al *hsc*, que se

resuelven empíricamente en el quehacer diario pero no se han clarificado en la conceptualización, en la elección de metodologías, ni en la escritura de las mismas.

Sobre la conceptualización del sistema concluimos:

- Además de los aportes aquí hechos es necesario profundizar los referentes conceptuales elegidos para el sistema de atención, si se quiere alcanzar un modelo se requiere un proceso de búsqueda, lectura y discusión sobre la **perspectiva de derechos y deberes, la integralidad y la reducción del daño**.
- Igual se requiere un proceso de formación en dichas perspectivas para el equipo de funcionarios, operadores y profesionales.
- También es deseable que se defina *conceptualmente* en el sistema de atención, cómo se dan los pasos y tránsitos de una fase a otra, **los pasajes simbólicos** entre las formaciones identitarias o si se quiere roles, que son consecutivos y paralelos con los diferentes procesos, los roles de *hsc* **habitante en situación de calle, persona-beneficiario (usuario), y de sujeto de deberes y derechos (ciudadano)**, esto esta en relación directa y proporcional con las fases del **plan de tratamiento, el proyecto de vida y el plan de desprendimiento**, fases que requieren de una claridad conceptual y metodológica para el modelo deseado, la cual debe ser el fruto de un trabajo de investigación y discusión. Igual sucede con la introducción del término “*Nuevo Contrato de Ciudadanía*”, que no sólo exige su discusión sino su verificabilidad a la luz de la constitucionalidad colombiana.
- Si bien la constitución nacional pasa de un modelo benefactor a uno de autogestión y cambia en la década de 1990 el estatuto del ciudadano **benefactor** por el de usuario, en aras de una **discriminación positiva** con el habitante en situación de calle (discriminación favorable a las minorías), el termino beneficiario puede restituir el de usuario que remite al lugar del cliente. Concientes de la existencia de la *moratoria social*, el uso del termino usuario debería aplicarse sólo en los casos en que los ciudadanos pueden acceder sin obstáculo alguno a sus derechos y deberes por medio de la puesta en marcha de los actos

y contratos del estado social de derecho, en esta situación, el estado, acogiendo a la declaración universal de los derechos humanos puede ver en los *hsc* no usuarios sino personas beneficiarias de los derechos que a la postre podrían inscribirse de nuevo en el pacto social –pacto simbólico-, y consecuentemente en el contrato social que dispone la constitución.

2.. BASE METODOLOGICA DE LA PROPUESTA TECNICA

2.1. RESEÑA HISTÓRICA DEL PROGRAMA DE ATENCION AL

Como se observa, la indigencia o exclusión social es un problema inherente a las grandes urbes y Medellín no está exenta de esta situación tal como lo demuestra el último censo de habitantes en situación de calle realizado por el DANE y la Secretaría de Solidaridad en el año 2002, el cual arrojó como principal resultado, la presencia de 6.913 personas en esta condición, de los cuales 3.430 (49.6%) son habitantes en la calle y 3.483 (50.4%) se consideran, habitantes de la calle, entendiendo el término “como persona cuya vida se desempeña fundamentalmente en la calle como espacio físico-social donde resuelve necesidades vitales, construye relaciones afectivas y mediaciones socioculturales, estructurando un estilo de vida. De acuerdo con el Censo, en Medellín, el 74.6% de los Habitantes de la calle tienen entre 18 y 59 años de edad, rango que de acuerdo a la distribución por programas especializados en la Secretaría de Solidaridad, son competencia del Sistema De Atención al Habitante de Calle Adulto.

El sistema de atención a los habitantes en situación de calle ha estado marcado en especial por la atención a la población que deriva a la calle fruto de su relación con la droga, el alcohol o por su estado mental, pero ello ha tenido su énfasis de acuerdo al momento, los recursos y las necesidades, por ello es importante presentar una breve historiografía del programa de atención de la ciudad de Medellín.

Para el año de 1985 se trabajó especialmente con una población de personas que padecían una fuerte relación con el alcohol, la droga, y con algunos enfermo mentales que vivían en la calle. En ese momento el enfoque utilizado fue *asistencial y de protección* bajo una *modalidad ambulatoria*. En 1988 la **Secretaria de salud** se focalizó sólo en la población de *adictos* que

vivían en la calle y trabajó con un enfoque centrado en la salud física y mental bajo la modalidad de la *consulta médica externa y psiquiatría*.

Entre 1989 y 1990 el programa pasó a manos de la **Secretaría de Bienestar Social** y amplió su rango de atención a la población de **Indigentes** (mendigos, vagos, adictos, enfermos mentales), retomó el enfoque de asistencia y de protección y trabajó la modalidad de *medio cerrado*. Seguido en 1991 se aborda la población de **adictos y enfermos mentales**, con un enfoque: de Control Social basado en la protección y rehabilitación funcional en la *modalidad de medio cerrado*, teniendo la oportunidad de tener enfermos mentales en protección y de remitir adictos a las nacientes comunidades terapéuticas centradas en un uso riguroso de la norma, en la reeducación. Para el año de 1992 se cambia la noción de población adicta por la de **farmacodependientes** se trabaja con un enfoque educativo-terapéutico en la *modalidad de medio abierto* desde una concepción de normas laxas lo cual llevó a que la experiencia cerrara por problemas de agresión física entre las personas-beneficiarias.

Para 1994 se funda el **Patio Adultos Centro Día** que trabaja fundamentalmente la población de **farmacodependientes** con un enfoque terapéutico y con la combinación de distintas modalidades; *medio abierto*: precomunidad ambulatoria, disminución del consumo y mejora en los hábitos de autocuidado; *medio cerrado*: comunidades terapéuticas. Se buscó esencialmente tratar personas con corto tiempo en calle lo que configuró una rápida demanda y una exitosa reinserción familiar.

Entre los años de 1998-1999 se continuó con población de **farmacodependientes** y con el enfoque terapéutico y la modalidad de medio abierto centrada en precomunidad ambulatoria, y de medio cerrado con comunidades terapéuticas. En el **año 2000** hay un nuevo cambio en la concepción y se desarrolla un programa para la población de los **Habitantes de Calle**, se inicia con el enfoque de reducción del daño en una modalidad *semiabierta* con una estrategia de resocialización, y en *medio abierto* se implementaron en el trabajo de patio los hábitos de autocuidado y de contención.

Entre los años 2001 a 2003 se retoma el concepto de población *farmacodependiente* y el *enfoque terapéutico* con las modalidades en *medio abierto*: trabajo en patio, hábitos de autocuidado y contención, y de *medio cerrado* centrado en el tratamiento de comunidad terapéutica. Para el año 2004, el **Programa de atención al habitante de calle adulto** entre los 18 y 59 años les brindó atención en sus necesidades básicas y psicosociales, desarrolló diferentes estrategias, entre ellas de *sensibilización* que incluye los servicios de contactos en calle y traslado a Centro de atención o Unidad Hospitalaria alcanzando a contactar hasta 100 habitantes diariamente; la estrategia de *atención básica* ofrece los servicios de atención médica y de enfermería primer nivel, alimentación, aseo personal-de ropa, y recreación con una cobertura de 80 personas-beneficiarias diariamente; la estrategia de *resocialización* presta servicios de atención médica, psicológica y social, realizó actividades terapéuticas individuales y grupales, de alimentación y de hospedaje nocturno rotativo para 90 personas-beneficiarias. Otros Servicios fueron los de *albergue temporal* para enfermos crónicos con capacidad para 80 personas y el *programa de retorno* en el que se alcanza a reintegrar hasta 30 personas mensualmente a su núcleo familiar.

En el año **2005**, la propuesta ya no se nombra como **programa** sino como **Sistema De Atención Para El Habitante De Calle Adulto**, su carácter es el de un *Sistema de atención abierto y flexible* que permite la confluencia dinámica de distintos niveles y *estrategias* de intervención *complementarias* a las demandas de los diversos perfiles del Habitante en situación de Calle. Se trasciende el enfoque solamente terapéutico para desarrollar un marco dentro de la *perspectiva de derechos y deberes* que incluye la *integralidad en las políticas*, programas y proyectos como la apuesta por la *reducción de daño*. La estrategia de **Sensibilización** despliega los servicios de contacto, prevención, promoción y atención de enfermedad mental y de riesgo epidemiológico directamente en Calle, el traslado a Centros de Atención o Unidades Hospitalarias, y el acompañamiento individualizado de comportamiento en Calle, la cobertura de esta estrategia se amplía en zona céntrica y alcanza a 100 personas-beneficiarias diariamente y en zonas periféricas a otros 100 personas-beneficiarias diariamente; se introduce la nueva estrategia de **Sensibilización Ciudadana** consolidando *redes interinstitucionales* con el apoyo de la empresa privada y se realizan campañas comunicacionales. produciendo un impacto en los procesos de inclusión y corresponsabilidad ciudadana; la **Atención Básica a los Adultos, o acogida inicial** ofrece los servicios de atención médica y de enfermería de primer nivel, alimentación, aseo

personal y de ropa, recreación, artes plásticas, grupos de apoyo y actividades extramurales, la cobertura llega en zona céntrica a 500 personas-beneficiarias diariamente. El **Proceso de Resocialización** sigue con los servicios de atención médica, psiquiátrica, psicológica, y social, incluye las actividades educativas, recreativas, lúdicas y terapéuticas Individuales y Grupales, la alimentación, el hospedaje nocturno rotativo con capacidad para 100 personas-beneficiarias . Se integra a estos servicios la capacitación en Artes y Oficios y la capacitación en emprendimientos productivos, la gestión y acompañamiento de procesos productivos para la reinserción laboral. Y se mantiene el albergue temporal para enfermos crónicos con cobertura para 40 personas mensualmente

Según la evolución y la evaluación del fenómeno al interior de la Secretaría de Bienestar Social, la intervención asistencial y de protección es principalmente para dos patologías asociadas a la indigencia: *alcohólicos y/o drogadictos y enfermos mentales*, separando la intervención para los primeros, mediante contratación de comunidades terapéuticas y de los segundos con el montaje de una institución cerrada para brindar asistencia y protección a los enfermos mentales crónicos. No obstante, con base en la experiencia adquirida y el registro de altos índices de deserción en los procesos de resocialización y reinserción laboral, se hizo necesario el diseño de un proyecto de atención que contenga niveles adicionales de intervención y procesos de inclusión de la ciudadanía. Es necesario entonces, mantener y cualificar el servicio de acogida o atención básica, dirigido a la población que por primera vez solicita atención y a aquella que no ha conseguido generar demandas de cambio. Por esto en el 2006 se ha continuado con el mejoramiento de las estrategias y de los servicios, que a continuación se presentan en los elementos centrales de la propuesta técnica.

2.2. INDICACIONES Y RECOMENDACIONES INTRODUCTORIAS A LA PROPUESTA TÉCNICA DEL SISTEMA DE ATENCIÓN AL HSC

Estas son las indicaciones que se hacen con sentido aclaratorio y las recomendaciones a la par se presentan con fines propositivos para la propuesta técnica con el fin de que oriente la futura elaboración del *modelo del sistema de atención del habitante en situación de calle de la ciudad*

de Medellín, estas indicaciones tienen en consecuencia un efecto moderador sobre la propuesta técnica elaborada por la Secretaría de Bienestar Social y retomada por la U. de A.

En principio el equipo de investigación de la Universidad de Antioquia conformado por profesionales de la facultad de ciencias sociales y humanas, y de la Facultad Nacional de Salud Pública aclara que no es fin de una línea de base resolver o complementar los vacíos o problemas inherentes a la propuesta en construcción, a lo sumo se hacen algunas sugerencias o moderaciones que pueden ser o no tomadas en posteriores fases según el criterio del equipo ejecutor.

El equipo de investigación de la U. de A. observa y reconoce que hay una gran cantidad de situaciones que se afrontan con éxito en la cotidianidad del sistema de atención al *hsc*, que se resuelven empíricamente en el quehacer diario pero no se han clarificado en por escrito en la elección de metodologías articuladas a los enfoques de derechos y deberes, a la integralidad, y la reducción del daño. Ya hemos avanzado unos pasos sobre la conceptualización, para seguir en este punto, al hacer una revisión de la propuesta técnica general se encuentran sobre la metodología algunas indicaciones y sugerencias a tener en cuenta, que igualmente promueven algunos ajustes a realiar en próximas fases a la propuesta como tal, estos puntos son:

Sobre las metodologías del sistema de atención al *hsc*:

- Es importante hacer una diferenciación entre la definición de procesos y de metodologías, pues las primeras pueden suplir en apariencia a las metodologías a la hora de actuar, sin embargo la ausencia de una elección metodológica que de cuenta del enfoque paradigmático de la perspectiva de derechos y deberes, de la integralidad y de la reducción del daño puede hacer que dichas finalidades conceptuales se diluyan en el activismo cotidiano.
- Además de elegir la perspectiva o enfoque, es necesaria la elección de la metodología pedagógica, y es perentorio definir los métodos de diagnóstico clínico en atención

médica, psicológica y social, las mismas técnicas pedagógicas, lúdicas y artísticas, pero en especial el método terapéutico que se ha elegido para la resocialización, esta parte es uno de los mayores vacíos de la línea de base que debe ser tenida en cuenta para la consolidación de un modelo

- Igualmente falta definir que se entiende y cuales son los métodos utilizado en la construcción de lo que se llama *proyecto de vida*.

Puntualizaciones sobre la propuesta técnica:

En general la propuesta técnica tiene un desarrollo dispar en sus ítems, se ha tratado de equilibrar o moderar un poco introduciendo algunos subtítulos y aclaraciones en donde es posible, aun así para la posterior definición del modelo los siguientes puntos deben tenerse en cuenta y resolverse.

- Algunos de los componentes presentaban dos **objetivos** que pudieron integrarse en uno solo
- Muchas de las **actividades** fueron re-escritas pues aparecían redactadas como objetivos a lograr.
- Hay uso frecuente de **palabras compuestas** como inter-profesional, inter-modular, inter-disciplinar, multi-disciplinar que no es claro. Se recomienda unificarlas en el termino inter-disciplinar.
- En la propuesta técnica se hace uso de las palabras hotel y **hospedaje** indistintamente, por el tipo de actividad social se trata de hospedaje o de hospitalidad, el término hotel tiene sentido en el paso de turistas o transeúntes de una ciudad a otra, esa es su naturaleza, los habitantes en situación de calle pueden provenir algunos de otras ciudades pero no propiamente tienen condición de viajeros.

- En resaltador rojo aparecen marcados algunos puntos que deben explicitarse o que supuestamente son actividades pero que no deben ir en este tipo de documentos sino en los términos de referencia y/o en los contratos por su carácter administrativo y jurídico
- En cada uno de **los componentes** se sugiere actualizar datos de sedes, capacidad total de cobertura, duración del proceso y horarios de atención.
- En la propuesta técnica sólo aparece la **descripción metodológica** del componente 3, falta la del componente 1 y 2. Los subtítulos que aparecían como *descripciones metodológicas* no eran propiamente sobre métodos ni metodologías sino descripciones de actividades, por eso se ha dejado solo el subtítulo *descripción*, refiriéndose a las actividades. En algunas de las modalidades se presenta el listado de actividades, en otras “descripción metodológica” suple a la *descripción de actividades*, ello crea confusión en la propuesta técnica. Además, sólo en el componente 4, de inclusión ciudadana se hace uso de la *definición de estrategias*
- En el componente 3 en la modalidad 3 introducen un diferenciador, *fase*, que no lo hay en otros componentes. Debería incluirse en todos los componentes la discriminación por fases.
- En algunos casos, por ejemplo, en el componente 3, la modalidad 4 presenta objetivos específicos y *otros objetivos*, ello genera confusión, si partimos de que el componente ya tiene un objetivo general, y que la modalidad da un objetivo específico. El exceso de objetivos dificulta la claridad del componente.
- En el componente 4, la modalidad 2 –de comunicaciones- el punto: *focalización de las acciones* no puede definirse ni como descripción de actividades ni como estrategia, tampoco como metodología, pues articula allí acciones y propósitos de diferente índole.

2.3. PROPUESTA TÉCNICA: SISTEMA DE ATENCION Y ACOMPAÑAMIENTO AL HABITANTE EN SITUACION DE CALLE

2.3.1. COMPONENTE I: INTERVENCION EN CALLE

El objetivo general del componente de intervención en calle es el de atender al habitante en situación de calle *hsc* en sus sitios de permanencia reduciendo los daños asociados con su estilo de vida y reconociendo las particularidades del desarrollo del fenómeno en la Ciudad con el fin de desarrollar procesos de inclusión y de conciliación con la ciudadanía tal como se desprende de la perspectiva de derechos y deberes. Este objetivo se logra a través de la implementación de las siguientes modalidades:

MODALIDAD 1: UNIDADES MOVILES

Con ellas el objetivo específico es el de conocer y orientar la movilidad de la población del *hsc* en la ciudad, para esto se desarrollan las siguientes actividades:

- Recorridos por diferentes sectores de la Ciudad para recoger la población y trasladarla a los patios.
- Sensibilización y motivación para su ingreso al sistema de atención, se hace la respectiva recepción de atención y/o acompañamiento en calle.
- Apoyo efectivo de las intervenciones de los equipos de calle.


Para estas actividades se han propuesto los siguientes indicadores y fuentes de verificación:


- Numero de personas atendidas y tipo de atención.
- Identificación y caracterización de la población por sector.
- Numero de personas atendidas e identificadas

MODALIDAD 2: EQUIPOS DE CALLE

Aquí el objetivo específico es realizar **diagnósticos situacionales** pertinentes definiendo y ejecutando estrategias de intervención y convivencia con el *hsc* y la comunidad (sociedad) para

minimizar el impacto negativo o el daño asociado a su vivencia. Las actividades en esta modalidad son:

- Contacto e identificación del sitio de permanencia de los *hsc* y de sus condiciones específicas de vida.
- Diseño, ejecución y evaluación de acciones de prevención, promoción y educación ciudadana con diferentes grupos de *hsc*.
- Ubicación y seguimiento en el suministro de medicamentos a personas con enfermedad mental o enfermedad infecto contagiosa. 
- Actualización permanente del mapa de sitios de concentración de los *hsc*.

- Entrevista de verificación de la información del *hsc*, de su condición (caminante, fármaco-dependiente, desplazado, enfermo mental, etc.)
- Mapeo de ubicación de las personas-beneficiarios.
- Abordaje de los funcionarios y de los centros de atención como lugares de referencia para la consecución de los servicios y derechos del *hsc*.
- Actividades educativas dirigidas a la detección precoz de enfermedades en el *hsc* y oferta de servicios posibles.
- Ubicación, reporte y seguimiento de personas que no desean asistir a los diferentes servicios ni acceder a sus derechos, concretando la información sobre riesgo epidemiológico para realizar o continuar atenciones periódicas y tratamientos en campo. 
- Identificación de la dinámica relacional del *hsc* con otros actores del sector, sensibilización y conciliación con la ciudadanía.
- Brigadas de aseo personal y del sector de influencia, actividades educativas, recreativas, artísticas, culturales, y salidas turísticas con propósitos incluyentes

Los indicadores y fuentes de verificación de estas actividades son:

- Número de entrevistas o actualizaciones realizadas.
- Mapa actualizado permanentemente con fechas.
- Número y descripción (tema y resultados) de actividades educativas.
- Informe cuantitativo y descriptivo sobre población resistente al uso de los servicios y a la obtención de sus derechos.

- Informe cualitativo que describe la dinámica relacional y los actores involucrados en los sitios de alta concentración.
- Informe de actas de acuerdos generados con la ciudadanía y/o el habitante de calle y descripción de las respectivas acciones de seguimiento del acuerdo
- Numero de brigadas, descripción y resultados

MODALIDAD 3: CARPAS DE ATENCION TRANSITORIA

En esta modalidad el **objetivo específico** es brindar servicios básicos de higiene promoviendo hábitos de auto-cuidado y convivencia en las personas-beneficiarias. Las actividades con las que se lleva acabo este objetivos son:

- Se invita y motiva al habitante de calle asistir a la carpa.
- Sensibilización de la comunidad del sector en la que se ofrece el programa de la carpa de atención.
- Disposición de espacios y medios para el aseo personal, motilada y afeitada.
- Suministro de medicamentos.
- Realización de actividades recreativas, artísticas y culturales.
- Realizar actividades educativas dirigidas a la convivencia y a la detección precoz de enfermedades y oferta de servicios.
- Apoyo de campañas especiales.

Los indicadores y fuentes de verificación en la modalidad de carpa de atención:

Número de personas atendidas.

Número y tipo de actividades, con su respectiva valoración.

Registro actualizado de medicamentos suministrados con la identificación de la persona receptora.

Número y descripción de actividades educativas, recreativas, artísticas y culturales.

2.3.2. COMPONENTE 2: ATENCION BASICA EN PATIOS

El objetivo general para este componente es lograr la reducción del daño y contener el desarrollo del fenómeno en la población *de hsc* por medio de la gestión de los servicios que ofrece la ciudad con su red de patios e instituciones de apoyo.



MODALIDAD 1: CENTRO DIA 1 ACOGIDA -ATENCIÓN BÁSICA – ADULTOS

El objetivo específico de la modalidad de atención básica a adultos es **coordinar la atención en salud** a los *hsc* acogidos a través de cualquiera de los componentes del sistema de atención de la Secretaría de Bienestar Social de la ciudad de Medellín. Para ello se han dispuesto estas actividades:

- Entrega de fichos para el ingreso y la disposición de filas.
- Registro de ingreso y entrega de ficho para el desayuno.
- Recepción de pertenencias y entrega de ficho correspondiente a ellas.
- Revisión de porte de armas u otros elementos que pueden servir para alterar la convivencia.
- Entrevista inicial como estrategia de recepción identificando opciones de atención
- Evaluaciones de aproximación diagnóstica.
- Afiliación en grupo de preproceso: motivación y preparación para el pre-proceso de resocialización.
- Disposición de un espacio para el grupo de sancionados como espacio para la reparación y negociación.
- Creación del grupo de mujeres como espacio para reflexión y la construcción de identidad femenina
- Baño (suministro de elementos de aseo)
- Alimentación (revisión de fila y ficho)
- Atención Médica y de Enfermería.
- Observación de disciplina y cuidado del sistema normativo durante todo el servicio.
- Recepción del grupo de encuentro.
- Trabajo grupal dirigido con los inscritos como aspirantes a proceso.
- Actividades artísticas, lúdicas, deportivas y recreativas, de promoción y prevención en salud.

- Brigadas extra-murales de aseo.
- Acompañamiento en el traslado a Unidades Hospitalarias

En esta modalidad son indicadores y fuentes de verificación:

- Número de personas atendidas diariamente en centro día.
- Número de personas que se atendieron por primera vez, y su caracterización.
- Número de personas atendidas en salud y descripción del servicio.
- Número de personas remitidas a otros servicios.
- Numero de personas atendidas en grupos específicos (pre-proceso, mujeres y sancionados), caracterización y resultados.
- Numero, descripción y resultado de actividades recreativas, deportivas, culturales y brigadas de aseo.
- Resultados de sistematización de instrumentos validados, aplicados.
- Informes cualitativos y cuantitativos de las áreas profesionales (Psico-social).

MODALIDAD 2: CENTRO DIA 2 ACOGIDA – ATENCION BASICA- CONTENCIÓN

En la atención básica de contención el objetivo específico de la intervención es contener, motivar y remitir a las personas-beneficiarias para que asistan voluntariamente a los demás servicios del sistema de atención al habitante en situación de calle. Las actividades que se realizan son:

Actividades:

- Registro de ingreso y entrega de ficho para la alimentación.
- Recepción de pertenencias y entrega de ficho correspondiente.
- Revisión de porte de armas u otros elementos que pueden servir para alterar la convivencia.
- Entrevista inicial como estrategia de recepción identificando opciones de atención.
- Baño (suministro de elementos de aseo).
- Alimentación (revisión de fila y ficho).
- Observación de disciplina y aplicación del sistema normativo durante todo el servicio.
- Actividades artísticas, lúdicas, deportivas y recreativas.

- Acompañamiento en el traslado a Unidades Hospitalarias en casos de urgencias.
- Cuidado de mascotas.

Los indicadores y fuentes de verificación son:

- Número de personas atendidas diariamente.
- Número de personas que se atendieron por primera vez y su caracterización.
- Número de atenciones por día.
- Número de personas remitidas a otros servicios.
- Numero de personas atendidas en grupos específicos (en caso de necesidad).
- Numero, descripción y resultado de actividades recreativas, deportivas, culturales.

MODALIDAD 3: CENTRO DIA 3 ACOGIDA – ATENCIÓN BÁSICA- JUVENIL

En la atención básica juvenil el objetivo específico es facilitar la atención de los habitantes de calle en la red de servicios que ofrece el sistema del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF-.Las actividades de esta modalidad son:

- Entrega de ficho para el ingreso y control de fila.
- Registro de ingreso y entrega de ficho para desayuno.
- Recepción de pertenencias y entrega de ficho correspondiente.
- Revisión de porte de armas u otros elementos que pueden servir para alterar la convivencia.
- Entrevista inicial como estrategia de recepción identificando opciones de atención
- Baño (suministro de elementos de aseo)
- Alimentación (control de fila y ficho)
- Enfermería.
- Observación de disciplina y aplicación del sistema normativo durante todo el servicio.
- Actividades artísticas, lúdicas, deportivas y recreativas, de promoción y prevención en salud.
- Acompañamiento en el traslado a Unidades Hospitalarias

Los indicadores y fuentes de verificación son

- Número de jóvenes atendidos diariamente.
- Número de jóvenes que se atendieron por primera vez y su caracterización.
- Número de atenciones por día.
- Número de jóvenes remitidos a otros servicios.
- Numero de jóvenes atendidos en grupos específicos, caracterización y resultados.
- Numero, descripción y resultado de actividades recreativas, deportivas y culturales.
- Informes cualitativos y cuantitativos del área social.

2.3.3. COMPONENTE 3: RESOCIALIZACION – INCLUSION SOCIAL

El principal objetivo del componente de re-socialización e inclusión social es diagnosticar y elaborar planes de tratamiento que faciliten el reconocimiento de habilidades y capacidades de las personas-beneficiarias para precisar los procesos que les permitan el re-aprendizaje de hábitos y normas para la convivencia social, procurando un cambio voluntario en el estilo de vida que involucre lo individual, lo familiar y lo colectivo, facilitando con ello su integración sociolaboral e inclusión en la sociedad.

MODALIDAD 1: CENTRO DIA 4 CENTRO DE DIAGNOSTICO Y DERIVACION

El objetivo específico en el Centro de diagnóstico y derivación de habitantes en situación de calle es describir de forma individual las condiciones médicas, psicológicas psiquiátricas, familiares, comportamentales y ocupacionales, generando planes de tratamiento **multimodales y multiprofesionales** que permitan identificar los ejes de atención que viabilicen la reformulación de **su** proyectos de vida.

Descripción de actividades:

- Durante este período se mantienen las actividades ocupacionales extra-murales de aseo y cuidado de la ciudad como un costo simbólico de la atención.
- Se inician actividades grupales e individuales con finalidad evaluativa y de contención (en modalidades de apoyo y reflexivas),
- Se hacen intervenciones individuales desde cada una de las áreas profesionales.

- El personal-beneficiario tiene posibilidad de definir y asumir el costo de la utilización de un sitio para dormir o hacer uso del servicio de Hospedaje Nocturno ofrecido por el Sistema de Atención, previa aceptación para acogerse al Plan de Seguimiento elaborado conjuntamente con el equipo Terapéutico.
- El diagnóstico diferencial integral, construido en esta modalidad se evalúa interdisciplinariamente para definir al final del período estipulado (30 días a 60 días), y la derivación a los servicios ofrecidos por la Alcaldía o a externos de acuerdo a demanda, perfil y concepto técnico del equipo.
- El Plan de Tratamiento es entregado de manera formal al responsable del servicio o entidad a la que será remitido, especificando focos que deberán intervenir desde cada una de las áreas profesionales.
- Se ofrece el Servicio de Alimentación a las personas-beneficiarias vinculados a esta fase del proceso: desayuno, almuerzo y refrigerio ajustados a las minutas establecidas por las Nutricionistas de la Secretaria de Bienestar Social.
- Se dispone el transporte para las personas-beneficiarias en la mañana y en la tarde dada la ubicación de la sede, con ello se facilita el desplazamiento hacia el hospedaje. Los recursos de alimentación y hospedaje serán utilizados de acuerdo a la evaluación y justificación individual que haga el Equipo Inter.-profesional.

Indicadores y fuentes de verificación:

- Número de personas atendidas y evolución en el proceso en términos de tendencias.
- Número de personas evaluadas y diagnosticadas con caracterización de la población.
- Número de personas con plan de tratamiento y descripción de tendencias de la población.
- Plan de seguimiento establecido y análisis del mismo.

MODALIDAD 2: ATENCION EN OFERTA INSTITUCIONAL EXTERNA ESPECIALIZADA

El objetivo específico de la modalidad de atención en oferta institucional externa es el brindar una atención para las personas-beneficiarias de acuerdo con los planes de tratamiento y la oferta

institucional en la ciudad, realizando derivaciones y seguimiento interinstitucional de los casos remitidos a servicios externos.

Descripción de actividades:

- Evaluación y descripción de planes de tratamiento por parte del equipo del Centro Día 4
- Reuniones semanales para definir remisiones, analizar y sistematizar informes de seguimiento de aquellos casos que son atendidos a través de servicios externos
- Conexión permanente con las instituciones para conocer la información clínica pertinente.
- Subcontratación de servicios especializados por cupo o atención requerido y previamente sustentado por escrito con el resumen de historia clínica y la justificación técnica que respalda la selección de la entidad sugerida donde además se detallan los servicios que recibirá y los mecanismos de seguimiento.

Este trámite será con posterioridad a la gestión de remisión a otros programas de la Alcaldía o la Ciudad que no ocasionen ningún costo con cargo al contrato quienes deberán responder por escrito los motivos de rechazo.

Indicadores y fuentes de verificación:

- Informes de seguimiento por persona y análisis de tendencias, incluyendo mecanismos de seguimiento.
- Historia clínica por persona-beneficiaria con número único de registro.
- Listado actualizado de red institucional de atención.

MODALIDAD 3: CENTRO DIA 5 RESOCIALIZACION EN MEDIO SEMI ABIERTO.

El objetivo específico de la modalidad de resocialización es promover y apoyar procesos de identificación e inclusión social con base en el Plan de Tratamiento Individual, el proyecto de vida y el plan de desprendimiento mediante espacios de resignificación terapéutica y social.

Nota: Por la ubicación de la sede y la distancia para el desplazamiento hacia el hospedaje se contara con transporte para las personas-beneficiarias en la mañana y en la tarde al igual que contarán con desayuno, almuerzo y refrigerio. Los recursos de alimentación y hospedaje serán utilizados de acuerdo a la evaluación y justificación individual que haga el Equipo Inter-profesional.

Fase: Re-planteamiento de vida:

Objetivos:

- Identificar factores de riesgo y protección en cada caso, relacionados con los focos de intervención y el Plan de Tratamiento elaborado por el equipo de Centro Día 4.
- Propiciar la introyección e introspección de habilidades sociales y ocupacionales.
- Evaluar posibilidades laborales con base en fortalezas identificadas.

Descripción de actividades:

Con base en el Plan de Tratamiento elaborado, se da inicio a un proceso individual de identificación profunda de sus condiciones actuales, factores de riesgo y protección; se acuerdan mayores compromisos frente a la ejecución y se inician procesos para la identificación de interacciones grupales y el levantamiento del Perfil Ocupacional Individual.

Fase de fortalecimiento del proyecto de vida

Objetivos:

- Construir con cada uno de las personas-beneficiarias un proyecto de vida coherente a partir del Plan de Tratamiento, que incluya una propuesta de inclusión social y re-inserción laboral.
- Capacitar en un arte u oficio definido conjuntamente con la persona-beneficiaria durante el proceso de Identificación.

- Capacitar en empresarismo y de manera paralela acompañar individualmente a la persona-beneficiaria en el proceso de definición de su proyección como trabajador independiente, asociado a un grupo de pares o empleado.
- Iniciar el proceso de elaboración, re-construcción y/o duelo respecto a sus vínculos familiares y/o sociales.

Descripción de actividades:

Durante este período la persona-beneficiaria se vincula a talleres de capacitación en artes y oficios y empresarismo; continúa su trabajo terapéutico interprofesional grupal e individual; inicia plan de salidas periódicas y acompañadas a su comunidad de origen para fortalecer los vínculos establecidos o clarificar su situación frente a la familia u otras redes de apoyo de cara al momento del egreso del programa. Se continúa observando el síndrome de abstinencia, se enfatizan las Consultas con Psiquiatría, Psicología y Trabajo Social.

Fase: Redefinición de Vida (se propone:consolidación de la autonomía ciudadana)

Objetivos:

- Consolidar proyecto de vida con miras a la inclusión social y reinserción laboral.
- Acompañar a la persona-beneficiaria en su *desprendimiento* gradual, mediante visitas de monitoreo en el campo de trabajo, programación de capacitaciones complementarias (cooperativismo, materias básicas empresariales, talleres relacionados con el arte y oficio, entre otros).
- Orientar y acompañar al personal-beneficiario en el proceso de consecución de cédula de ciudadanía y la documentación legal requerida para el ingreso al mundo laboral de acuerdo a opción definida por la persona-beneficiaria.
- Propiciar y orientar al personal-beneficiario para que asuma lo relacionado con su seguridad social a través de la afiliación a un sistema de acuerdo a sus condiciones particulares.

- Evaluar y orientar al personal-beneficiario que decida vincularse a procesos de educación formal.

Descripción de actividades:

Durante este período la persona-beneficiaria culmina su proceso de capacitación en un arte u oficio y opta por una de las líneas de inclusión laboral, decisión que es apoyada económica y terapéuticamente. El tiempo restante se dedica a actividades grupales acompañadas por profesionales y terapeutas con el fin de reforzar el reconocimiento de las reglas y códigos que rigen los espacios colectivos. Se intensifica la asesoría interprofesional individual hasta su egreso del programa. Igualmente se elabora el *plan de desprendimiento* definiendo las estrategias de apoyo en términos económicos, de alojamiento temporal en hospedaje, alimentación, precisando los compromisos adquiridos por el personal-beneficiario y los tiempos para el logro de los objetivos concertados.

En el *plan de desprendimiento* gradual debe incluirse el proceso y los costos de cedula. Desde las redes constituidas, se inicia el apuntalamiento del proceso de inclusión ciudadana a través de la exploración de acuerdos laborales con gremios, empresa privada, entre otros.

Indicadores y fuentes de verificación:

- Número de personas atendidas por fase y movilidad o permanencia de la población. (Flujo de persona-beneficiarias y su proceso).
- Análisis cualitativo multiprofesional sobre la evolución de los planes de tratamiento.
- Análisis cualitativo multiprofesional sobre la evolución de los proyectos de vida.
- Informe por área de intervención.
- Número de personas que obtienen sus documentos de identidad.
- Número de personas que participan en la nivelación académica o validación en primaria, con informe cualitativo acerca del proceso
- Numero de personas que participan en nivelación y capacitación en artes y oficios, mostrando anales de resultados y tendencias.

- Numero de remisión y tramites para acceder a otros servicios al interior y fuera del sistema.

MODALIDAD 4: EGRESO PRODUCTIVO - ATENCIÓN ABIERTA (se propone: o fase de *Nuevo Contrato de Ciudadanía*)

El objetivo específico de la modalidad de egreso productivo es contribuir al mejoramiento de las habilidades para la empleabilidad de las personas-beneficiarios y el mantenimiento de un proyecto de vida autónomo sustentado en la independencia económica.

Objetivos:

- Crear y ejecutar estrategias de inclusión socio-laboral como un medio para la consecución de ingresos económicos de las personas-beneficiarios.
- Perfeccionar las habilidades laborales y de administración del dinero de las personas-beneficiarias del programa de acuerdo con su perfil ocupacional, la línea productiva elegida y las exigencias que el medio socio-laboral requiera.
- Apoyar las crisis a través de procesos de intervención terapéutica interprofesional facilitando la permanencia y contención en los espacios donde ha logrado incluirse.

Descripción de actividades:

Con las personas-beneficiarias que pertenezcan a la fase de *Nuevo Contrato de Ciudadanía* (egreso productivo) se enfatizará en:

- Aporte de capital semilla como estrategia para impulsar la autogestión de las personas-beneficiarios y el autoempleo, con su debido seguimiento.
- Participación de las personas-beneficiarios en procesos y espacios de ciudad que les permitan el fortalecimiento de las estrategias de inclusión social.
- Refuerzo de las personas-beneficiarios en capacitaciones que les permitan mejorar sus habilidades y los afiancen en la línea de inclusión elegida.

- Personal de apoyo que desarrolle el egreso productivo y le haga seguimiento a las personas-beneficiarios, tanto desde el área ocupacional y de comercialización de productos como socio-familiar.

Debido a que el egreso productivo busca la inserción socio-laboral efectiva, el personal responsable, deberá desplazarse hasta el lugar donde se encuentra la persona-beneficiario, ya sea su ambiente laboral, social o familiar, para que el acompañamiento sea efectivo, por tanto debe incluirse un rubro para el desplazamiento.

Nota: Durante la participación de la persona-beneficiario en este componente, también es objeto de atención de la MODALIDAD DE OFERTA INSTITUCIONAL ESPECIALIZADA permitiendo la remisión y seguimiento por parte de ambos equipos (Centro Día 4 y Centro Día 5).

El componente también se responsabiliza, en coordinación con los demás componentes del sistema, de la captación rápida y reenganche de personas-beneficiarios que hayan presentando eventos propios de retorno a la vida callejera para vincularlos en otros espacios terapéuticos (Grupos especiales, asesorías constantes identificando los factores de involución en su propio proceso).

Indicadores y fuentes de verificación:

- Número de personas atendidas.
- Remisión y seguimiento de los casos, con análisis de tendencias.
- Número de personas que participan del nuevo ciclo de capacitación.
- Número de personas que reciben de capital semilla.
- Informe de los casos con iniciativas de solicitar inversión y apoyo del capital semilla.
- Registro de actividades de participación en espacios de ciudad.

2.3.4. COMPONENTE 4: INCLUSION CIUDADANA

Objetivo General:

Incidir en el cambio de las representaciones sociales de los ciudadanos no *hsc* frente al fenómeno para que piensen y asuman su responsabilidad de participación en la aparición, mantenimiento y control de este fenómeno social, mediante la generación de espacios y procesos coherentes de inclusión que perfeccionen el apoyo a las personas-beneficiarios con la generación de *pactos ciudadanos*.

MODALIDAD 1: TRABAJO EN RED

El objetivo específico del trabajo en red es concertar criterios, lenguajes y procedimientos que permitan ordenar y controlar el impacto negativo del fenómeno de producción social de habitantes en situación de calle *hsc* mediante la optimización de recursos y acciones.

Descripción de actividades:

La Estrategia de trabajo en red supone la articulación de la intervención Municipal mediante gestiones y procedimientos concertados, la *conformación y consolidación de un comité permanente integrado por instituciones gubernamentales, no gubernamentales y representantes de la Ciudadanía*, que retroalimentan todo el sistema intra y extra institucional, potenciando los procesos de atención, racionalizando los recursos, apoyando el egreso productivo y apuntalando la política pública en materia de Atención al *hsc*. Las acciones de dicha estrategia son:

- Coordinación Interinstitucional (Mesa de Trabajo Municipal)
- Ordenamiento de la oferta (Unificación de criterios y focalización de población para entrega de recursos y servicios)
- Trabajo en Red (Cualificación de procesos de remisión, devolución y seguimiento)
- Des-estímulo de la limosna (seguimiento a la aparición y mantenimiento del fenómeno)
- Apoyo a la inserción laboral (Viabilización el egreso productivo)

Indicadores y fuentes de verificación:

- Directorio de instituciones que conforman la red.
- Proceso de articulación entre las diferentes instituciones que conforman la red.

- Plan de trabajo y seguimiento del plan de acción integral vigencia 2006.

MODALIDAD 2: COMUNICACIONES

En la modalidad de comunicaciones el objetivo específico es diseñar, aplicar y evaluar mecanismos de información, inclusión y sensibilización que generen relaciones compatibles y pertinentes entre los actores vinculados al tema del habitante de calle.

Estrategia de Focalización de las acciones:

Institucionalidad con responsabilidad o afinidad sobre el tema para sensibilizar capacitar y orientar el trabajo en red.

Equipo multidisciplinario para informar sobre ofertas institucionales, impacto del sistema, acuerdos ciudadanos formalizados y recibir insumos para retroalimentar la red.

Ciudadanía en general para ordenar la oferta de servicios, des-estimular la entrega de limosna y re-direccionar los recursos hacia el sistema de atención.

Ciudadanos Habitantes de Calle: Para diseñar, aplicar y evaluar, con el apoyo de los equipos inter-profesionales estrategias:

- Detección oportuna de enfermedades
- Identificación de servicios, escenarios culturales, deportivos y recreativos existentes en la ciudad.
- Identificación de comportamientos que los excluyen y promoción de los que favorecen su relación armónica o incluyente con la Ciudad.
- Construcción de acuerdos para la convivencia Ciudadana.

Indicadores:

- Número de boletines de prensa elaborados y distribuidos.
- Número de informes y programas realizados sobre la problemática del habitante de calle en medios de comunicación.

- Número de publicaciones en medios gremiales, empresariales, universitarios e institucionales sobre la temática.
- El 100% de las publicaciones son didácticas, claras y responden a las características del habitante de calle
- Número de eventos organizados. Evaluación de los eventos y acciones de mejoramiento implementadas.

3. PROGRAMA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta el compromiso adquirido por el Municipio de Medellín – Secretaría de Bienestar Social- con la ciudadanía y los habitantes en situación de calle se propone el programa de Seguimiento y Evaluación que permita de manera centralizada y cotidiana la observación, el análisis, la reflexión y la orientación del sistema de atención al *hsc*. Para lo cual es importante que se haga trabajo de análisis interdisciplinario de casos y procesos, que permita articular y planear medidas de mejoramiento permanente.

Igualmente en la propuesta técnicas se afirma que: “A partir del objetivo superior (objetivo superior no especificado) se definen entonces objetivos, actividades, metas (no especificadas), resultados deseados (no especificado), variables evaluativos e indicadores, que permitan tener información permanente para conocer en forma ágil y oportuna el desarrollo del proyecto, los cambios y evolución de la problemática intervenida, identificando las nuevas situaciones generadas por los procesos y definiendo conjuntamente con la Secretaría de Bienestar Social los ajustes requeridos.”

3.1. PREMISAS Y SUGERENCIAS SOBRE LOS INDICADORES Y LA EVALUACIÓN EN LA PROPUESTA TÉCNICA:

- Existe una confusión en la definición de las variables de evaluación, de los resultados y de los indicadores, ante ello se han incluido por parte del equipo de investigación de la U. de A. unas definiciones básicas que pueden complementar las existentes.
- Muchas de las variables enunciadas como indicadores son fuentes de verificación, por ello se agrego al subtítulo de indicadores el de “y fuentes de verificación”, los indicadores son fundamentalmente variables que permiten **medir cambio** respecto al tiempo (ya en la

gestión, en el proceso o en el impacto), por ello no toda variable es un indicador, ni todo insumo de verificación es indicador, los insumos de verificación (informes cualitativos y cuantitativos, planes de seguimiento, diagnósticos y otras observaciones) se constituyen en indicadores en la medida en que pueden contrastarse respecto a puntos de partida predefinidos .

- El “componente” de **seguimiento y evaluación** se ha nominado o titulado como *programa* para diferenciarle de los componentes y modalidades de intervención, pero debe igualmente resaltarse que este sistema está sólo esbozado en la propuesta técnica, debería desarrollarse al máximo con la inclusión y especificación de actividades evaluativas para el equipo de ejecutores: operarios, coordinadores, funcionarios, asesores, redes, etc. Del mismo modo se sugiere **anexar a la línea de base o punto de partida los instrumentos de evaluación** y los indicadores seleccionados para medir los procesos de cambio.

La labor de seguimiento y evaluación, corresponde directamente al equipo operativo del proyecto y en su análisis deben participar la Secretaría de Bienestar Social, la Interventoría del Municipio de Medellín y el equipo asesor delegado por la entidad a cargo de la implementación del sistema de atención al habitante en situación de calle.

La construcción de resultados esperados y reales, de las variables evaluativas, de los indicadores y de las fuentes de verificación parte en la línea base de los siguientes conceptos⁹:

- **Los resultados esperados** son datos ideales, proyectados. **Los resultados reales** y concretos expresan datos de hechos cumplidos. Dan cuenta de aspectos cuantitativos y cualitativos de la realidad.
- **Las variables de la evaluación** son medios nominales (expresan qué se desea medir) a través de los cuales se realizan operaciones (conteos, observaciones) que permiten

⁹ Definiciones aportadas por el equipo de investigación de la U.de A.

conocer los resultados, las muestras o datos de hechos tangibles observables y sucedidos que van diciendo como va el proceso en lo que concierne a esa variable.

- **Los indicadores** son las variables de evaluación que no sólo cumplen con el criterio de brindar información presente (resultados) sino que pueden contrastarse respecto a momentos pasados para **conocer el cambio** obtenido en dicho periodo o lapso de tiempo. La variable sola en el presente da el resultado actual, el indicador da las medida del cambio, indica por ello el estado del proceso y de él se desprende la posibilidad de pensar el futuro, las nuevas orientaciones, estrategias y acciones.
- Las **fuentes de verificación**, indican donde esta la información que solicita el indicador o donde debe registrarse, y muestran a su vez el tipo de instrumento que se requiere para el registro de información.(Por definir en el Plan Operativo)

Se pretende que el plan de análisis incorpore la selección de datos significativos que evidencian los resultados esperados, los resultados no esperados y los deseables, destaque los elementos institucionales que influyeron positiva o negativamente en el proceso, la comparación de los datos seleccionados y el análisis de las causas, de los elementos del proceso que permitieron los logros obtenidos, y de los elementos que impidieron los logros esperados.

Para finalizar, el registro de la información, permite elaborar el informe mensual y un informe evaluativo final sobre el proceso, que se concertarán previamente con la Interventoría del Proyecto definida por la Secretaría de Bienestar Social.

3.2. ALGUNOS INDICADORES SOCIALES CUALITATIVOS SUGERIDOS A PARTIR DE LAS TENDENCIAS SIGNIFICATIVAS MANIFIESTAS EN LA INVESTIGACIÓN:

Es importante de acuerdo con los hallazgos investigativos construir indicadores sociales cualitativos para las siguientes variables:

- Percepción de las instituciones prestadoras de los servicios al HSC: de Centro día (Secr. de B. Social.) por parte de los hsc y de los ciudadanos en general.
- Percepción de la demanda y uso en la prestación de los servicios de salud por los hsc y el personal de salud.
- Percepción de miedo en las calles -Percepción de su seguridad en las calles de la ciudad, por parte de los hsc.
- Percepción de usos del espacio público, por parte de los hsc y de los ciudadanos en general.
- Percepción de cambio de actitudes entre los mismos hsc en la resolución de conflictos-
- Percepción de los medios de enseñanza y aprendizaje utilizados por el programa.
- Percepción del programa por parte de las instituciones-red vinculadas en la atención, apoyo y acompañamiento al *hsc*.

A estas variables para convertirlas en indicadores es necesario corroborarlas en procesos y reuniones participativas, diseñarles un instrumento de manejo básico, en lo posible un formato de encuesta bajo escala liker con las valencias o escala que el equipo coordinador considere pertinentes. Aplicarlos a una muestra representativa como evaluación ex -ante y ex -post permite realizar mediciones de entrada y de salida para visualizar los cambios de dichas percepciones. El formato debe incluir en sus ítems recuadros para escribir la expresión, aclaración o justificación de las respuestas que permitan recoger la información significativa para el mejoramiento del programa.

4. RECOMENDACIÓN FINAL DE LA LINEA BASE

Sobre el proceso de definición del modelo

- Tomando la línea base de la conceptualización, las metodologías, los procesos, el sistema de evaluación y ajustando las cuestiones señaladas están dadas las bases para levantar el modelo inicial.
- Es indispensable generar procesos de estudio, conversación, discusión e investigación que permitan aclarar los puntos que hay por construir.
- Se sugiere un proceso de definición del modelo constitucionalmente participativo, asumir las discusiones con la inclusión de los *hsc* (entrevistas, talleres), los académicos, los operadores, los funcionarios y los ciudadanos en general. Para ello se propone construir una agenda de discusiones.
- Definido el modelo inicial se requiere de la capacitación del personal ejecutor en el modelo, su aplicación, y una validación investigativa- longitudinal para someterlo a prueba con relación a sus propios resultados.
- Igualmente es deseable que el modelo interactúe con otras propuestas de la misma naturaleza en diferentes ciudades de Latinoamérica (pasantías, foros, seminarios, investigaciones conjuntas).
- La ardua tarea de dilucidación del modelo requeriría la participación de una persona que de lleno lidere su definición y el proceso participativo, igualmente de un equipo de apoyo para la validación del mismo.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE

LA TEORÍA DE REPRESENTACIÓN SOCIAL

El termino *Representación* ocupa un lugar de importancia en psicología, así como en las ciencias sociales y humanas en general. En psicología, lo encontramos sobre todo ligado al concepto de percepción, o mas precisamente, a los procesos perceptivos. Por ejemplo, en la teoría genética Piagetana, la representación prolonga la percepción ya que ella introduce un sistema de significados. Las experiencias perceptivas crean la base de las representaciones. En este sentido, la representación se reduce a la imagen mental o a la imagen mnésica (Fischer 1981).

Siguiendo esta tradición de psicología cognitiva, en la psicología ambiental encontramos varios autores que utilizan este termino para explicar la relación que existe entre el individuo y su entorno. Kevin Lynch, en la misma vía que Piaget, habla de « imágenes mentales » como forma de relación sensible al entorno, dándole un estatus practico y afectivo a la relación con el medio ambiente experimentado. A partir de esta noción, Lynch propone un método de investigación llamado los « mapas mentales », utilizado en numerosas investigaciones sobre la experiencia espacial. Surge entonces la noción de *Representaciones Mentales*, la cual se deriva de la teoría de cartografía cognitiva de Tolman (Levy Leboyer 1980) y que hace referencia a toda estrategia de comportamiento espacial utilizada en analogía a los mapas geográficos. Hart y Moore (citado por Morval 1981) utilizan los términos de « conocimiento espacial » y de « representación cognitiva », este ultimo definido como un « reflejo internalizado » de la realidad. Lo que resulta en general de estos trabajos es el hecho de que la noción de representación (mental) es ante todo una construcción cognitiva, concebida como esquemas implícitos de carácter individual. Ella responde a las necesidades espaciales (desplazamiento, uso, orientación). Ella es a la vez una abstracción y una síntesis realizada a partir de las experiencias vividas y de las percepciones repetidas.

Por otro lado, en las ciencias sociales en general y en sociología en particular, reconocemos el término de *Representaciones Colectivas*. Nacida de la tradición sociológica de Durkheim, la idea de conocimiento o de saber específico, es decir de representación, tomó fuerza. El análisis sociológico ubica la noción de representación por encima de los individuos y solo tiene en cuenta los fenómenos sociales. Esta instancia organizadora de la vida social es llamada « conciencia colectiva » ; esta última genera representaciones colectivas sobre los objetos sociales (las instituciones, los movimientos sociales). No obstante, Durkheim admite la existencia de las representaciones individuales, juzgándolas poco importantes para el desarrollo de la vida social, en tanto ellas son inestables y poco integradoras (Bonardi y Roussiau 1999). Durkheim define dos condiciones para diferenciar las representaciones colectivas de las individuales : las primeras son consideradas como universales e independientes de variables individuales. Ellas son homogéneas y compartidas por todos los miembros de un grupo. Además ellas perduran en el tiempo y coaccionan a los individuos (Moscovici en Jodelet 1989).

Al encuentro de estos dos enfoques opuestos y basado en el trabajo fundador de Serge Moscovici de 1961 “El psicoanálisis, su imagen y su público”, se introduce la noción de *Representación Social*, retomando la teoría de Durkheim sobre el conocimiento social, aplicado a la comprensión de fenómenos sociales específicos. Inmediatamente la noción de representación social se diferencia de la de representaciones colectivas en tanto las primeras son más dinámicas y cambiantes. Por otra parte, las representaciones colectivas obedecen a contextos sociales extensos, en tanto que las representaciones sociales son restringidas, limitadas, propias a los grupos sociales ; las representaciones sociales obedecen al consenso intra-grupo en oposición al consenso inter-grupos, propio de las representaciones colectivas.

Las representaciones sociales se construyen en la diferencia existente al interior de una sociedad en relación a un objeto social. Ellas nacen del debate, del desacuerdo entre grupos nacidos en un mismo contexto social, en función a la experiencia que ellos tienen de un objeto de representación. En ese sentido, las representaciones sociales están íntimamente relacionadas a la experiencia (social), a las prácticas sociales, en tanto que ellas influyen y orientan las acciones. Ellas definen la particularidad de un grupo.

PRESUPUESTOS Y DEFINICIÓN:

Un primer presupuesto es el hecho de la existencia de una división interna al interior de las sociedades. Así, toda sociedad esta marcada por la cohesión social, por las relaciones de dependencia y de poder. El resultado de estas formas de relación es la diferenciación de grupos, de roles, de estatus, de profesiones, de castas, de clases, etc. al interior de la colectividad. De esta manera, los unos necesitan a los otros, pero los unos no se confunden con los otros: la complementación y la diferenciación son dos operaciones solidarias y complementarias.

Por otra parte partimos del presupuesto que expone que cada grupo humano, en una época determinada, codifica y de-codifica su experiencia del mundo de una manera específica, llevando la marca de las relaciones sociales. En ese sentido toda sociedad construye de manera específica la realidad que experimenta, en aras de apropiársela para afrontarla, dominarla o acomodarse a ella (Berger y Lucckman, en Flament y Rouquette 2003), es decir se la representa: “no existe *a priori* una realidad objetiva. Toda realidad es representada, es decir, apropiada por los individuos y los grupos, reconstruida en sus sistemas cognitivos, integrada a sus sistemas de valores dependiendo de su historia y del contexto social e ideológico que los rodea. Y es esta realidad apropiada y reestructurada la que constituye para ellos la realidad misma” (Abric J. 1994, p. 12).

Las representaciones sociales (en adelante RS) son formaciones cognitivas socialmente producidas, y por extensión, socialmente diferenciadas, es decir, estas no pueden entenderse separadamente de los procesos de comunicación y de las formas de socialización (relaciones intergrupales) y se abordan de manera comparativa (ya sea sincrónicamente o diacronicamente).

Tres formas de definición jerarquizadas según su rigor, nos permitirán comprender y abordar las implicaciones metodológicas del estudio de las RS:

1. Definición descriptiva: De manera general, una RS es una manera de ver un aspecto del mundo, que se traduce en el juicio y en la acción. Esta “manera de ver” no es propia del individuo singular sino que reenvía al Hecho social.
2. Definición Conceptual: una RS es un conjunto de conocimientos (información, saberes, “yo sé”), actitudes (opiniones, posturas, “yo pienso”) y de creencias (convicción, “yo

creo”) concernientes a un objeto social dado. Comprende saberes, tomas de posición, aplicaciones de valores y de prescripciones normativas.

3. Definición Operacional: una RS es un conjunto de elementos cognitivos que establecen relaciones; esos elementos y esas relaciones son propios de un grupo determinado. Esta definición tiene la ventaja de no centrarse en el contenido de la RS, sino que le da un estatus a las relaciones (estructura).

Definida como un proceso cognitivo, la noción de representación social marca fuertemente el carácter social del proceso de construcción del conocimiento. Para Jodelet (1989, p. 36), las Representaciones Sociales son «una forma de conocimiento, socialmente elaborado y compartido, que tiene un objetivo práctico y de construcción de una realidad común a un grupo social», lo que enfatiza su condición de modalidad de pensamiento específicamente social.

En la misma vía, Fischer G. (1997 p. 167) define las representaciones sociales como «construcciones sociales de **saberes ordinarios** elaborados a partir de valores y creencias **compartidos** por un grupo social, dando lugar a una visión del mundo que se manifiesta en el seno de las **interacciones sociales**». De esta manera la noción de RS hace referencia a fenómenos colectivos irreductibles a fenómenos individuales.

CARACTERÍSTICAS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

En este sentido podemos identificar dos características de las representaciones sociales (Rouquette et Rateau 1998) :

1. Su carácter histórico, es decir, el hecho que ellas son producto de la historia y participan al mismo tiempo a su transformación.
2. Y el hecho que ellas provienen de relaciones inter-grupos o de las posiciones sociales de los sujetos.

Así mismo las representaciones sociales tienen como características las siguientes:

- Como primera medida, una RS es un conjunto organizado. No se trata de una colección de elementos cognitivos, sino de una estructura.
- En segundo lugar una RS es colectivamente producida por un proceso global de comunicación (intercambios Inter-individuales y exposición a la comunicación de masa).
- De esta característica se desprende la tercera y es que toda RS es compartida por los individuos de un mismo grupo social.
- Y finalmente, una RS es socialmente útil. Su finalidad se define en tanto que las RS son sistemas de comprensión y de interpretación del entorno social, por un lado, y ellas intervienen en las interacciones entre los grupos al respecto de un objeto social.

FUNCIONES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES:

Si las RS juegan un rol fundamental en la dinámica social en las practicas sociales, es porque ellas responden a cuatro funciones esenciales (Abric J. 1994):

1. Funciones de saber: las RS permite comprender y explicar la realidad, ellas facilitan e incluso son la condición necesaria, de la comunicación social.
2. Funciones identitarias: las RS definen la identidad y permitan la salvaguarda de la especificidad de los grupos.
3. Funciones de orientación: las RS guían la acción, los comportamientos y las practicas sociales. La RS interviene en la definición de la finalidad de la situación; ella produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas y, en ese sentido, la RS prescribe los comportamientos y practicas.
4. Funciones justificadoras: ellas permiten *a posteriori* justificar las posturas (o actitudes) y los comportamientos.

De manera general, a las representaciones sociales se les atribuye la función de construcción, de organización, y de comunicación del conocimiento. Pero fundamentalmente, su función es la de permitir la adaptación del individuo a su contexto físico y sociocultural. En resumen, las representaciones sociales permiten la comprensión del mundo en tanto ellas son :

- Organizadoras de la experiencia
- Reguladoras de la conducta
- Dadoras de valor

REPRESENTACIONES SOCIALES: ENTRE IDEOLOGÍA Y PRACTICAS SOCIALES:

Las representaciones sociales se encuentran en un lugar privilegiado entre una dimensión ideológica y una dimensión comportamental. En efecto las RS están doblemente afectadas (influenciadas, determinadas): por una parte por los límites normativos propios de la sociedad o del grupo de pertenencia y por otra parte por los límites situacionales determinados por el marco físico y material de existencia y de acción. De esta manera la dimensión ideológica garantiza la estabilidad de las RS. Las prácticas sociales, por su parte, permiten la actualización de la RS en el contexto social y, eventualmente, su transformación. En síntesis, podríamos decir que la RS orientan las acciones y les dan sentido, el sentido aceptado por el contexto sociocultural.

Una arquitectura del pensamiento social:

El pensamiento social hace referencia a la articulación de la cognición, de la comunicación y de la socialización. Esta denominación evoca un tipo de conocimiento que se opone a aquel del científico, es decir, basado en una lógica formal. En efecto la lógica propia del pensamiento social es una lógica “natural”, fuertemente determinada por el contexto social en el cual se inscribe. El pensamiento común es social, no por azar ni por ocasión, sino por naturaleza (Flament y Rouquette 2003). El pensamiento social es frecuentemente tildado de “sesgado” (aberrado, o distorsionado) en comparación con el pensamiento científico. “Pensamiento del sentido común” o “teorías ingenuas” son denominaciones que encontramos en la literatura para hacer referencia a este tipo de fenómenos socio-cognitivos de comprensión y explicación del mundo. Las Representaciones Sociales serían, entonces, una forma de pensamiento social. Una arquitectura propuesta por Flament y Rouquette nos permitirán ver la manera como este tipo de conocimiento que son las RS se relacionan con otras formas de pensamiento social. Esta arquitectura se establece según dos principios:

- ir de lo mas inestable a lo mas estable
- ir de lo mas contingente o particular a lo mas englobante o general.

Nos encontramos con cuatro niveles de integración de los principales conceptos que nos permiten describir el pensamiento social: las opiniones expresan de manera contingente las actitudes; estas ultimas son federadas por las representaciones y finalmente las ideologías son proveedoras de fuentes cognitivas fundamentales para una sociedad. Esta relación se da desde una perspectiva de la variabilidad (flexibilidad) intra e inter-individual y a partir del nivel de integración descritos en el siguiente esquema (Rouquette y Flament, 2003):

- Variabilidad intra e interindividual +	Nivel Ideológico (creencias, valores, normas)	+ Nivel de integración (o de inclusión) -
	Representaciones Sociales	
	Actitudes	
	Opiniones	

Las actitudes ofrecen la razón en el sentido técnico del termino de una opinión o un conjunto de opiniones. Las actitudes no son mas que una forma especifica de ocurrencia de una o de un conjunto de representaciones sociales.

Así, la actitud aparece como la instancia de cohesión de opiniones, y la representación social aparece como la instancia de razón de las actitudes. La instancia integradora de diferentes manifestaciones del pensamiento social es el nivel ideológico, que es particularmente estable en el tiempo y común a un gran numero de personas en una sociedad. Esta dimensión esta esencialmente compuesta de valores, de normas y de creencias:

- Valores: ofrecen referentes estables de juicio para una gran variedad de objetos y situaciones (criterios de preferencia).
- las Normas están íntimamente ligadas a los valores. Son reglas comunes de aplicación, de promoción o de preservación de los valores.

- Creencias: pertenecen al nivel de la convicción y constituyen un límite para la intelección de las conductas: ellas parecen evidentes para aquellos que las comparten y absurdas para los otros.

ENFOQUE ESTRUCTURALISTA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES :

La metáfora arquitectural puede ser utilizada también para explicar la dinámica interna de la RS. Si retomamos la tercera definición expuesta anteriormente (operacional) tenemos que cuando hablamos de representaciones sociales, hacemos referencia a dos componentes:

- Los elementos constitutivos o contenido (en términos de Moscovici, de informaciones y actitudes),
- Las relaciones que mantienen esos elementos u organización (campo representacional para Moscovici).

Y es justamente la dependencia de los elementos que componen las representaciones sociales la que establece su coherencia y es a partir de ahí que se genera su significado. En ese sentido, el estudio de representación social implica conocer no solamente sus elementos sino también las relaciones que ellos establecen.

A partir del trabajo de Jean-Claude Abric en 1976, aplicando una metodología experimental y manteniendo el marco teórico propuesto por Moscovici, un desarrollo importante de los estudios de representación social se genera. El principal postulado expone que las representaciones sociales funcionan como una entidad organizada alrededor de un núcleo central (Abric J. en Guimeli 1994). Mosovici había demostrado la importancia de un proceso llamado de “objetivación” dentro de la formación de las RS, según el cual el individuo privilegia ciertas informaciones en detrimento de otras al tiempo que las descontextualiza. Esta información readaptada forma un “núcleo figurativo” de la representación, es decir, una estructura jerárquica que contiene una imagen naturalizada del objeto representado. Abric retoma esta noción pero no desde su aspecto procesal, sino como contenido de la representación y es así como el núcleo figurativo se convierte en “núcleo central”.

Se parte de la hipótesis según la cual las representaciones sociales poseen una organización interna. Esta organización esta marcada por la existencia de una jerarquía entre sus elementos e incluso entre las relaciones que estos establecen. De esta manera, reconocemos dos sistemas :

- Un sistema central o núcleo central que determina la organización y el significado de las representaciones sociales. Este sistema central esta asociado a los valores y a las normas (condiciones históricas e ideológicas) y se caracteriza por su estabilidad (perennidad). Este sistema tiene tres funciones : él es generador de sentido, es decir que crea y transforma el significado de los otros elementos. Es también organizador en tanto que determina la naturaleza del lazo existente entre los elementos de la representación social. Este sistema es estabilizador de la RS y por extensión de la identidad grupal. Finalmente, el nodo central posee dos dimensiones : Una dimensión normativa en la cual se encuentran los elementos socio-afectivos e ideológicos, fuertemente marcados al centro de la representación social. Encontramos igualmente una dimensión funcional que tiene una finalidad operacional dirigida hacia la idea de funcionamiento del objeto de representación.
- Un sistema periférico fuertemente relacionado al contexto inmediato de la representación social. Este sistema tiene tres funciones (Bonardi y Roussiau 1999) :
 - La prescripción de las conductas que permiten al sujeto saber cual tipo de comportamiento es pertinente o no en el contexto y la situación social.
 - Permite la adaptación de la representación social, es decir, la personalización, la apropiación que hacen los sujetos de ella.
 - Finalmente, funciona como un sistema de defensa del núcleo central frente a los cambios del contexto social.Este sistema periférico permite el anclaje de la RS en el grupo, dándole su carácter particular.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE: EL CASO DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

Abordar la cuestión del Habitante en situación de calle como objeto de representación, implica entender esta situación como un objeto de debate y conflicto social. Si bien podemos decir que no hay representación sin objeto, podemos afirmar también que hay objetos sin representación. Esto es, que pueden existir ciertos objetos que no hayan suscitado, dentro de un grupo dado, la emergencia de una RS. Esta es la primera hipótesis que nos preocupamos en explorar tratando de saber si un objeto de interés social como lo es la población de personas que viven en la calle en condiciones de marginalidad, ha generado una representación social (saber específico que guía las acciones y los juicios) o no.

Para esto partimos de la idea de que toda RS se define minimamente por la puesta en relación de un grupo y de un objeto. Las relaciones al objeto pueden estar diferenciadas por diversas variables personales o circunstanciales que generan una variación y que denominamos “nivel de implicación psicosocial”. Esta variable hace referencia a la “distancia” que las personas tienen con respecto al objeto, es decir, expresado en lenguaje corriente, me (nos) “toca” mas o menos cerca, en un momento determinado.

Por esta razón hemos diferenciado dos grupos: los **implicados**, es decir aquellos que tienen una experiencia sensible directa y cotidiana con el objeto habitante en situación de calle, ya sea porque son categorizados como tal (usuarios del sistema de atención habitantes en situación de calle adultos de Medellín) o porque trabajan en el programa que interviene y atienden las necesidades de las personas que viven en la calle (operadores y administrativos del mismo sistema de atención). Los **no-implicados** se ha denominado al segundo grupo que, aunque tiene una relación sensible con el objeto en cuestión (habitante en situación de calle) puesto que evidente en la ciudad, esta es indirecta y eventualmente no trasciende de la simple percepción del fenómeno y sus efectos o no es objeto de sus reflexiones cotidianas. En esta categoría entran los ciudadanos comunes y corrientes de la ciudad de Medellín.

El método que se utilizó para explorar la RS del Habitante en situación de calle fue de Análisis Prototípico y Categorical de Representación Social, desarrollado por el profesor Pierre Vergès (CNRS, Francia). Para la recolección de la información se propuso a los entrevistados una tarea de Asociación Libre de palabras, evocadas a partir de la palabra inductora “Habitante de Calle”. La premisa invitaba a declarar todas las palabras o expresiones que a los entrevistados se les ocurriera cuando pensaban en esta palabra inductora. La hipótesis de partida de esta técnica de recolección de información es la existencia de un funcionamiento cognitivo a partir del cual “algunos términos son inmediatamente movilizados para expresar una representación” (Vérges 1994, p.235). En efecto, el carácter espontáneo y proyectivo de esta técnica permite acceder a los elementos que hacen parte del universo semántico del objeto estudiado (Abric 1994). A partir de la lista de términos evocados, se realiza un análisis lexicográfico que pone en evidencia el “prototipo” de la representación, que busca descubrir la organización del contenido, cruzando dos indicadores: La frecuencia de aparición de los items en la población encuestada, con el rango de aparición de estos items (definido como el rango promedio calculado sobre el conjunto de la población), es decir, determinar si la palabra fue evocada en primer lugar, en segundo, etc. Este análisis genera un cuadro de dos entradas como el siguiente:

Cuadro 1: Jerarquía estructural: Análisis prototípico de la RS.

		Rango Medio	
		Débil	Fuerte
Frecuencia	Fuerte	Núcleo Central	Periférico 1
	Débil	Periférico 1	Periférico 2

La interpretación que se hace es que los elementos que tienen una alta frecuencia y débil rango promedio de aparición (porque fueron citados en los primeros lugares) son los elementos que hipotéticamente constituyen el núcleo central de la RS. Los elementos del periférico 1 ayudan a operacionalizar o contextualizar los elementos del núcleo central y tienen un grado de importancia en tanto o son palabras con una fuerte frecuencia de evocación (consensuales en el grupo) o fueron citadas en los primeros lugares, es decir, accesibles en el campo representacional. El periférico 2 está la mayor cantidad de palabras que enriquecen el campo semántico de referencia del objeto, pero que están en último lugar en la escala jerárquica.

Estos indicadores dan dos tipos de información diferentes: de un lado, una dimensión colectiva ya que se trata de términos fuertemente consensuales, y de otro lado una dimensión individual ya que se trata de una distribución estadística hecha sobre la base del orden establecido por los sujetos. Basados en estos resultados se puede realizar un análisis de categorías que ponga en evidencia los temas o las unidades de sentido que organizan la RS para el grupo.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE DE LA CALLE EN EL GRUPO DE LOS NO-IMPLICADOS

Para este estudio se entrevistaron 100 personas, estudiantes universitarios de Ciencias Sociales y Humanas y de Ciencias de la Salud. Este grupo produjo 733 palabras o expresiones de las cuales 319 son palabras diferentes, es decir, un promedio de 6.4 palabras diferentes por persona. A partir de este primer corpus realizamos un análisis del prototipo de la RS del Habitante en situación de calle en este grupo, según la técnica Vergès descrita anteriormente, con el fin de reconocer la jerarquía de los elementos que la componen y hacer hipótesis sobre su estructura (organización), permitiéndonos comprender el sentido particular que para este grupo tiene la RS. El análisis arroja el esquema que veremos a continuación:

Grafico 1: Prototipo (rango X frecuencia) de la RS del HSC en los No-implicados

		< 5	Rango Medio		>= 5		
Frecuencia	>=10	pobreza	37	4,703	hambre	25	5,600
		indigentes	33	3,424	desplazados	20	6,250
		gamín	26	4,654	soledad	13	6,538
					desechables	12	5,000
					tristeza	12	7,917
					drogadicción	10	6,400
					drogas	10	6,500
Frecuencia	<10	mendigos	7	4,143	drogadictos	9	7,000
		marginados	6	4,333	frío	9	7,778
		loco	5	4,800	violencia	9	7,333
					pobres	8	6,875
					robo	8	7,125
					suciedad	8	6,125
					abandono	7	7,429
					miseria	7	6,000
					discriminación	6	6,833
					mendicidad	6	5,000
					mendigo	6	7,167
					peligro	6	7,333
					droga	5	6,000
					injusticia	5	8,400
					maltrato	5	5,000
			miedo	5	8,600		
			mugre	5	6,400		
			pobre	5	5,000		
			vicio	5	8,200		

Obtenemos luego del análisis de prototipicidad un segundo corpus de 32 palabras, las más importantes para referirse al objeto de representación. En primer lugar descubrimos que el núcleo central está formado de tres palabras: dos de ellas (indigentes y gamín) hacen referencia a las denominaciones que comúnmente se usan para nombrar a las personas que viven en la calle; la otra palabra, “pobreza”, hace referencia a la condición socio-económica propia del que vive en la calle, pero que no es exclusiva de esta población. Esta palabra expresaría una preocupación general. En el periférico 1 encontramos otras denominaciones utilizadas para nombrar y categorizar a las personas que viven en la calle. Son denominaciones negativas que expresan la diversidad de percepciones o la percepción de diferentes características de esta población: unas hacen referencia a la condición económica (mendigos), otras a la condición social (marginados, desplazados), otras a la condición de salud mental (locos), otras a la apariencia (desechables) y finalmente otras hacen referencia a la relación que establecen con las drogas. La necesidad de

categorizar, de reducir la complejidad de darle forma a lo desconocido, a lo extraño, sabemos es una característica propia del sujeto social que busca crear una visión coherente y clara de la realidad social para controlarla (cognitivamente hablando). Sabemos también que éste proceso de categorización de las personas (extrañas o extranjeras) se hace a través de una simplificación, de una reducción abusiva de las características del objeto que va a permitir y justificar las generalizaciones.

A partir de esta primera lectura, un análisis de categorías es propuesto para conocer los temas que componen la RS del HSC.

Cuadro 2: Categorías presentes en el Prototipo de la RS del HSC en los no-implicados.

Drogadicción	Sentimientos / compasión	Marginación social		Categorías (denominación) sociales	Necesidades (dificultades físicas)	Seguridad
Drogas, drogadicción	Tristeza, soledad	Marg. social	Marg. Económica	indigentes gamin,	Hambre, frío,	Peligro, violencia
Droga	injusticia	Abandono,	miseria	desechables,	suciedad	Miedo
Vicio		desplazados	pobre	drogadictos	mugre	robo
		discriminación	pobres	loco		
		maltrato	pobreza	mendigo		
		marginados	mendicidad	mendigos		

Seis categorías surgieron inicialmente organizando el sentido de las 32 palabras del prototipo. Como era de esperarse la categoría “marginación social” es la que mas palabras comprende y puede dividirse en dos sub-categorías: “marginalidad social” y “marginalidad económica”, dado el carácter específico de las palabras que las componen. En la primera llama la atención la palabra “desplazados”, que hace referencia a una de las causas percibidas del porque las personas llegan a vivir en la calle y en la segunda la palabra mas importante es “pobreza”, en tanto central. Además de la categoría “categorías sociales” que mencionamos anteriormente, encontramos una categoría que hace referencia exclusivamente a la drogadicción, lo que indica la importancia de

este tema para referirse al Habitante en situación de calle. Así mismo, sentimientos de compasión son expresados a través de las palabras “tristeza, soledad, injusticia”. Las necesidades o dificultades físicas que viven los habitantes en situación de calle son expresadas también, así como el tema de seguridad relacionada usualmente a esta población. Estos temas evocan al tiempo causas, consecuencias y una descripción del habitante en situación de calle, pero también de la condición del vivir en la calle.

Para mejor comprender el sentido de estos temas, realizamos un análisis categorial que nos permitiera ver la jerarquía entre estas categorías y otras que surgieron, así como de las relaciones que establecen entre ellas para comprender el sentido dado a la RS en este grupo.

Cuadro 3: Análisis Categorial: jerarquía entre las categorías de la RS del HSC en no-implicados

CATEGORÍA	N° de Palabras	%	Ocurrencias (N° evocaciones)	%	Palabras frecuentes	%
Cat 0	2	0.6	2	0.3	0	0
1.Drogadicción	15	4.7	47	6.4	30	63.8
2. Sentimientos /compasión	34	10.7	73	10	30	41
3. Marginación	110	34.5	249	34	107	43
4. Categorías sociales	35	11	135	18.4	98	72.6
5. Necesidades	24	7.5	67	9	34	50.7
6. Seguridad	39	12	75	10	28	37
7. Estilo de vida	34	11	40	5.5	0	0
8. Lugares	5	1.6	6	0.8	0	0
9. Apariencia	21	6.6	39	5.3	13	33
TOTAL	319		733		340	46.4

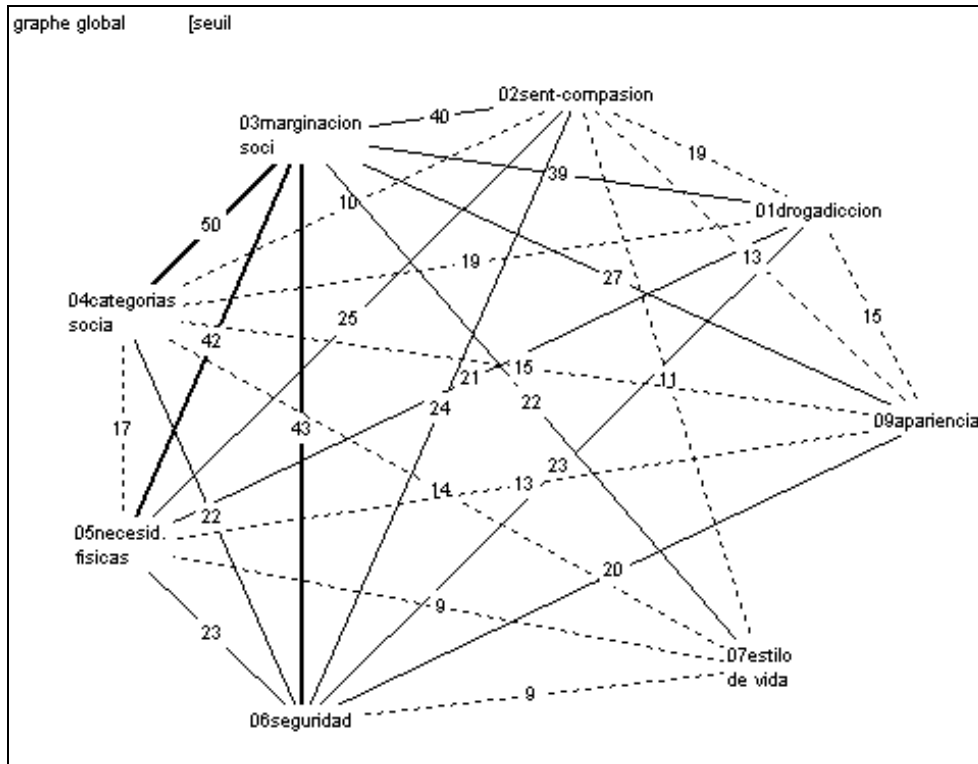
En este nuevo análisis, que incluye todas las palabras evocadas por el grupo, surgieron tres categorías nuevas que no están representadas en el prototipo y que hacen referencia a la percepción del vivir en la calle como un “estilo de vida”, atribuyéndole aspectos incluso positivos, de carácter “romántico” (aventureros, libres, exploradores, etc...), una elección de vida o una forma de vida. También surgió la categoría “lugares” que menciona los sitios en los cuales los habitantes en situación de calle viven o pasan su tiempo (garajes, puentes, centro, zonas deshabitadas, etc..). Finalmente la categoría “apariencia” que hace referencia a la percepción del aspecto físico de los habitantes en situación de calle, pero sobretodo a la higiene, necesariamente descuidada, en esta población.

La categoría con mas riqueza semántica, es decir, la que mas palabras contiene, es indiscutiblemente la de “marginación social” (34.5% del total de palabras diferentes evocadas), seguida en su orden por las categoría “seguridad” (12%), “categorías sociales” (11%), “estilo de vida” (11%) y “sentimiento/compasión” (10.7%). En cuanto al porcentaje de evocaciones la categoría “marginación social” es nuevamente la mas importante (34% de las evocaciones), seguida de la categoría “categorías sociales” (18.4%). Sin embargo cuando se trata del porcentaje de evocación de las palabras mas salientes (o frecuentes), es la categoría “categorías sociales” que aparece como la mas importante (73%). Esto se explica en tanto dos de sus palabras constitutivas (gamín, indigentes) pertenecen al núcleo central del prototipo y, como ya lo anotamos anteriormente, entre las palabras mas frecuentes encontramos otras denominaciones del habitante en situación de calle (desechables, por ejemplo). Otra categoría altamente formada por palabras frecuentes (consensuales en el grupo) es la categoría “drogadicción” (64%), seguida de “necesidades físicas” (51%). Este ultimo dato nos permite ir configurando la hipótesis de la existencia de una representación dividida del habitante en situación de calle en este grupo de no-implicados. Como elementos centrales continúan estando la condición de marginalidad socioeconómica y las categorías sociales (denominaciones) que permiten “nombrar” el objeto, pero pareciera que hay dos tendencias para comprender, o que operacionalizan, el rol central de estas dos categorías.

Un análisis de similitud (Moliner et al 2002) que explora las relaciones fuertes de proximidad o semejanza, entre dos elementos de una RS a fin de evidenciar la estructura subyacente a la organización de esta, nos permitirá reconocer las relaciones de sentido que este grupo establece

entre las categorías. Este análisis se basa en un índice de co-ocurrencia, es decir en la medida en que las personas citaron dos elementos juntos. El análisis de similitud que surge de este indicador nos permite elaborar el siguiente *Graph* (Flament y Rouquette 2003) de relación:

Grafico 2: *Graph* de similitud global. RS del HSC en los no-implicados.



Una primera lectura nos permite corroborar la centralidad de la categoría “marginación social” que, recordemos, contiene entre sus items la palabra “pobreza”, central en el prototipo de la RS. Esta categoría esta fuertemente relacionada con la categoría “categorías sociales” compuesta por las palabras “indigentes y gamín”, igualmente centrales en el prototipo de la RS del HSC para este grupo de no-implicados. Notamos también que la categoría “lugares” sale del panorama debido a su débil capacidad de relación. La categoría “marginación social” establece, además, relaciones fuertes con las otras categorías, en su orden: “seguridad, necesidades físicas, sentimiento/compasión, drogadicción”, en un primer lugar y seguidamente relaciones menos fuertes con las categorías “apariencia y estilo de vida”. Notamos además el rol de importancia de

la categoría “drogadicción” que, como lo dijimos anteriormente, puede jugar un rol de importancia en la explicación del sentido de la RS del HSC.

De esta manera podemos decir que, para los no-implicados, un habitante en situación de calle es un “gamín o indigente” (categorías sociales) que ha sido “marginado” por razones de pobreza o de desplazamiento forzado, que vive “necesidades y dificultades físicas”, tales como experimentar “hambre” y “frío”. Esa percepción de necesidades y dificultades físicas propias del vivir en la calle generan sentimientos de compasión tales como “tristeza e injusticia” (clic “marginación-necesidades físicas-sentimiento/compasión”). Sin embargo, por otro lado, esos “gamines e indigentes” marginados pueden generar un sentimiento de inseguridad, expresados a través de sentimientos como el “miedo” o la vivencia de actos de “violencia”, específicamente el “robo”.

Podríamos pensar entonces que la primera tendencia puede estar en relación con la posibilidad de actuar en favor de o juzgar necesario (actitud favorable) la puesta en marcha de estrategias de ayuda a esta población (altruismo propio de la compasión). La segunda tendencia marcada por la temática de la “seguridad”, puede estar en la base de la exclusión caracterizada por el aislamiento o evitación con respecto a esta población, e incluso en la ideología de la discriminación que validaría las practicas de exterminio social. Vemos como esta segunda tendencia se ve reflejada en la relación (clic) que establecen las categorías “marginación-seguridad-drogadicción”, en primer lugar y en segundo lugar el clic “marginación-seguridad-apariencia”. En este caso este sentimiento de inseguridad esta relacionado con las practicas de consumo de sustancias psicoactivas en los habitantes en situación de calle, quienes pueden perder la noción de la norma por estar bajo efectos de estas sustancias, o según una creencia generalizada, estos “son capaces de hacer lo que sea con tal de obtener dinero para consumir”. Así mismo la apariencia del habitante en situación de calle y particularmente su mala higiene, hace que las personas tengan temor de estos. En palabras de un entrevistado:

“un habitante de la calle, simboliza inmediatamente en mi mente, al gamín, desechable, loco drogadicto y persona peligrosa que vive por lo general alterando el curso normal de

la vida y que además viven o duermen debajo de un puente o junto a un garaje de taller o de zona deshabitada en las noches”¹⁰.

En síntesis, la RS del HSC en los no-implicados se desarrolla en lo que podríamos llamar una doble tendencia o eventualmente en una paradoja: por un lado la compasión que despierta la percepción de las dificultades que implican el vivir en la calle (frío, hambre), pero por otro el sentimiento de inseguridad que genera la percepción de unas personas sucias y desarregladas que consumen drogas todo el tiempo y que pueden constituir una amenaza.

REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE EN EL GRUPO DE LOS IMPLICADOS

Siguiendo el mismo esquema de análisis presentado anteriormente y utilizado en el grupo de los no-implicados, se exploró con la técnica de asociación libre de palabras, teniendo como palabra inductora “Habitante de la calle”, el campo semántica del objeto de representación. Posteriormente se realizó un análisis prototípico y categorial de la RS. Inicialmente confundimos los subgrupos usuarios y funcionarios del sistema de Atención de HSC adulto de la ciudad de Medellín, para luego separarlos y ver si existen diferencias circunstanciales. Partamos diciendo que los resultados son menos contundentes que por el grupo de no-implicados por dos razones: la primera es una razón metodológica y tiene que ver con la limitación en el número de personas entrevistadas; la segunda es teórica y tiene que ver con la ausencia de consenso en la población entrevistada y llamada por nosotros “implicados”. En efecto la condición de proximidad al objeto hace que en este grupo la RS no este claramente estructurada. Recordemos que una condición de existencia de la RS es el consenso intra-grupo, que no vemos claramente establecido en estos resultados y que generaría de entrada un primer dato de análisis institucional: la diversidad de “visiones” del fenómeno conlleva a la inexistencia de una visión consensuada de la acción. Hablaríamos eventualmente de una RS en emergencia o en transformación, pero, en todo caso, no de una RS estable, como si lo es para los no implicados. Sin embargo, aunque no podemos hacer

¹⁰ Estudiante de Psicología, Universidad de Antioquia.

hipótesis claras de la estructura de la representación, los resultados nos dejan ver los elementos fundamentales del contenido que nos sirvieron para plantear el análisis de las entrevistas que se realizaron justamente para profundizar este aspecto de la RS del HSC.

Se entrevistaron 46 personas repartidas de la siguiente manera: 21 Usuarios y 25 Funcionarios del sistema de atención al habitante en situación de calle adulto de la ciudad de Medellín. Del segundo grupo 13 eran operadores del sistema, 4 eran del personal administrativo y 8 del personal de salud. Ellos produjeron un total de 192 palabras, de las cuales 176 son palabras diferentes, es decir, un promedio de 5.56 palabras diferentes por persona.

Como lo dijimos anteriormente el consenso intra-grupo es muy débil. De las 176 palabras diferentes evocadas, solo dos fueron evocadas por 4 personas, 10 palabras fueron evocadas por dos personas y el resto, 164, fueron evocadas por una persona. El análisis de prototipo, es decir aquel que cruza la frecuencia con el rango promedio de evocación, dio el siguiente cuadro:

Grafico 3: Prototipo (rango X frecuencia) de la RS del HSC en los implicados

	< 5	Rango	Medio	>= 5
>=4	indigente	4	3,750	gamín
	drogadicción	4	4,750	
Frecuencia	desechables	2	3,000	exclusión-social
	vago	2	3,000	vicios
	vive-en-la-calle	2	3,000	centro-día
	drogas	2	4,000	estilo-de-vida
	sin-familia	2	4,500	
<4				

En primer lugar notamos que las palabras centrales serian “indigente” y drogadicción” que expresan rápidamente la existencia de la categoría social comúnmente usada para referirse a los habitantes en situación de calle y el tema de mayor preocupación en este grupo, el consumo de

sustancias psicoactivas. En la periferia encontramos igualmente palabras que tienen que ver con categorías sociales (vago, gamín, desechables), con la drogadicción (vicio, drogas), pero también con la condición de marginación social (exclusión, sin familia).

El análisis categorial nos permitirá entonces, no solamente organizar las expresiones en unidades temáticas, sino que nos permitirán ver la jerarquía existente entre estas (nivel de importancia) y las relaciones que establecen para darle sentido a la RS.

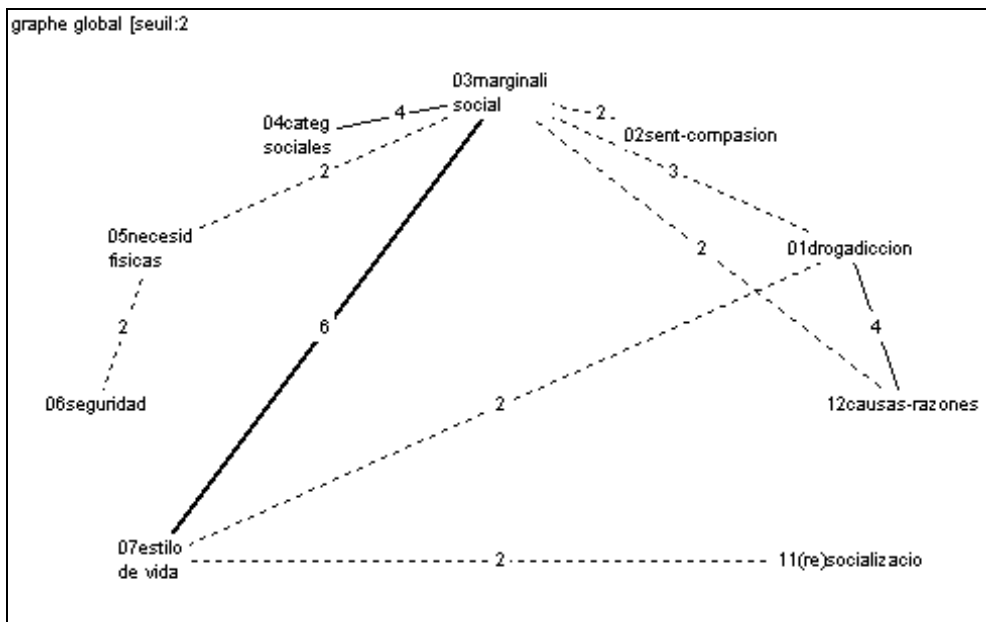
Cuadro 4: Análisis Categorial: jerarquía entre las categorías de la RS del HSC en implicados

CATEGORÍA	N° de Palabras	%	Ocurrencias (N° evocaciones)	%
1. Drogadicción	9	5	14	7
2. Sentimientos /compasión	7	4	7	4
3. Marginación	50	28	52	27
4. Categorías sociales	16	9	22	12
5. Necesidades	8	4.5	8	4
6. Seguridad	5	3	5	3
7. Estilo de vida	36	21	38	20
8. Lugares	2	1	2	1
9. Apariencia	6	3	6	3
10. Intervención	12	7	13	7
11. (Re)socialización	8	4.5	8	4
12. Causas-razones	16	9	16	8
TOTAL	176		192	

Inicialmente encontramos que tres categorías aparecen nuevas en este grupo: una categoría que hace referencia a la “intervención”, una categoría que hace referencia a la “re-socialización” propia de los usuarios del sistema y una categoría que hace referencia a las “causas o razones” que llevan a las personas a vivir en la calle. A pesar de que la categoría marginación social sigue siendo, al igual que para el grupo de no-implicados, la categoría mas importante, en tanto mayor número de palabras (28%) y de evocaciones (27%) tiene, encontramos interesantes diferencias entre los dos grupos: para los implicados la segunda categoría en importancia es la que hace referencia al habitar la calle como un “estilo de vida” que es periférica para los no-implicados. En efecto esta categoría posee el 21% de palabras diferentes y el 20% del total de evocaciones. En tercer lugar encontramos dos categorías que tienen el mismo aporte en cuanto a numero de palabras (9%) : “categorías sociales” y “causas-razones”, esta ultima inexistente en el grupo de los no-implicados.

Al igual que para el grupo de los no-implicados, hemos realizado un análisis de similitud de las categorías, a través del indice de co-ocurrencia, es decir el numero de veces que alguien evoco dos categorías juntas. El *Graph* de similitud que surge de este análisis es el siguiente:

Grafico 4: *Graph* de similitud global. RS del HSC en los implicados.



Una primera lectura de este gráfico de relaciones nos permite ver las diferencias existentes con el grupo de no-implicados, particularmente en la relación existente entre las categorías “marginalidad social-estilo de vida” y “marginalidad social-categorías sociales” que serían, hipotéticamente hablando, el núcleo central de la RS del HSC para este grupo y darían el sentido a la misma. Así, el habitante en situación de calle es un indigente o gamín que se automargino o que eligió la calle como un estilo de vida. Pero esta elección tiene un carácter particular cuando encontramos el clic “marginalidad-estilo de vida-drogadicción” y “marginalidad-drogadicción-causas/razones”: por un lado la causa de esta marginación social y de la decisión de vivir en la calle es, básicamente, el problema de drogadicción; o por otro lado, la drogadicción es percibido como un estilo de vida. En síntesis la drogadicción puede ser vista como una causa o como un efecto del vivir en la calle. La noción “estilo de vida” que legitima el vivir en la calle o que ve en tal hecho una opción de vida, puede parecer problemática para enfrentar un proceso de re-socialización, en tanto no hay percepción del problema y al contrario, es una forma de vida que llena las expectativas de quienes la asumen y en consecuencia, hay que respetar. Sin embargo encontramos una relación periférica entre la categoría “estilo de vida” y “re-socialización” que nos permitiría pensar en el interés que algunos podrían tener por cambiar su situación. Pero insistimos, es aun un elemento periférico de la representación, un ideal, por ejemplo.

Antes de profundizar sobre estos temas y otros abordados a manera de entrevista semi-estructurada, vamos a hacer una comparación entre los corpus de los dos subgrupos de implicados (funcionarios y usuarios) a fin de establecer diferencias o similitudes:

El grupo de operadores, administrativos del sistema y del personal de salud, produjeron 111 palabras de las cuales 102 son palabras diferentes, es decir, un promedio de 5.26 palabras diferentes por persona. El grupo de usuarios del Programa de atención al habitante en situación de calle, produjo 77 palabras, de las cuales 74 son palabras diferentes, es decir, 4.6 palabras diferentes por persona.

El análisis prototípico generó los siguientes cuadros que presentamos comparativamente a continuación:

Grafico 5: Prototipo (rango X frecuencia) de la RS del HSC en los implicados

		Funcionarios			
		< 5	Rango Medio	>= 5	
Frecuencia	>=4	indigente 4	2,750		
	<4	desechables 2	2,000	exclusión-social 2	5,00
		vive-en-la-calle 2	2,000	centro-día 2	8,50
		gamín 2	4,000	estilo-de-vida 2	10,00

		Usuarios			
		< 5	Rango Medio	>= 5	
Frecuencia	>=4				
	<4	drogadicción 3	4,667	vicios 2	6,000

En primer lugar podemos decir que en ambos grupos no hay una RS estructurada del habitante de calle, es decir falta de consenso intra-grupo, esta puede estar en fase de emergencia o de transformación. En todo caso la denominación Habitante de Calle es una denominación institucional que no implica un objeto de representación en si misma. Es la condición o el hecho de vivir en la calle lo que podría constituir un objeto de representación. En el grupo de funcionarios el poco consenso existente se encuentra al rededor de la categoría social “indigente”, anclada con otras denominaciones o categorías tales “gamín” o “desechable”. El tema del habitar la calle como estilo de vida es propio de este subgrupo. En los usuarios el consenso intra-grupo es aun mas débil, aunque el tema recurrente es el de la drogadicción. Aquí surge una duda en la

interpretación y tiene que ver con saber si la recurrencia y/o importancia de este tema en los usuarios es auténtica o es debida a la condición de institucionalización, es decir, si ellos la evocan por responder a las expectativas institucionales o es realmente un tema que les preocupe. Hay que decir que muchos de los principios del programa, en la práctica y no en sus principios, heredado de propuestas anteriores, tienen que ver con la rehabilitación del problema de consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo hay que recordar que los usuarios entrevistados son necesariamente institucionalizados, es decir que participan del programa de atención de la alcaldía, debido a la dificultad en poder llegar a los “otros”, los que no participan del programa. Esta es una inquietud que se deja planteada para posteriores abordajes de la cuestión.

Estos temas y otros fueron objeto de una profundización bajo la metodología de entrevista semi-estructurada que permitió ampliar la información sobre el contenido de la RS del HSC en los implicados y generar hipótesis explicativas sobre el significado dado por los entrevistados y sobre los procesos sociocognitivos que están en la base de esta representación y, más extensamente, en las relaciones sociales que estas inspiran.

ASPECTOS DEL VIVIR EN LA CALLE: ANÁLISIS DE CONTENIDO DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE EN LOS IMPLICADOS

Para abordar y profundizar el contenido de la RS del HSC en el grupo de implicados, se diseñó una entrevista semi-estructurada que abordaba tres temas mayores, definiendo la condición de vivir en la calle: el cuerpo, el territorio y la relación con la norma. Estas categorías fueron divididas en varios sub-temas que nos permitieron acercarnos a la realidad del vivir en la calle desde una perspectiva inductiva (ver anexo guía de entrevista). Sin embargo en el análisis surgieron otras categorías que no estaban contempladas desde el principio y que constituyen temas mayores que merecen ser abordados como tal: el tema de la exclusión y de la salud-enfermedad. Este último será objeto de análisis de la línea que abordo la percepción de la atención en salud (ver capítulo siguiente) Es importante aclarar que la misma guía de entrevista fue aplicada a uno y otro grupo para permitir un análisis comparativo de las respuestas hacia el mismo objeto. El análisis reconoce que el usuario se auto-referencia al responder las preguntas y

el operador realiza una hetero-referencia. En todo caso el objeto es la condición de vivir en la calle, conocida, es decir, percibida y explicada por ambos desde sus perspectivas.

LA EXCLUSIÓN:

En este tema los usuarios y operadores se refirieron a las razones que llevan a las personas a vivir en la calle. En primer lugar ellos hacen referencia a las razones socioeconómicas, sobretodo los operadores (solo dos usuarios se refirieron a esta razón): en los usuarios encontramos razones como el desempleo, la delincuencia, el desplazamiento forzado intra-urbano (aquellos que debieron dejar sus barrios y comunas por amenazas) y la dificultad que dicen tener para trabajar como venteros ambulantes debido a la reglamentación del espacio publico. Del lado de los operadores también evocaron el desplazamiento por causa de la violencia como razón por la cual las personas terminan viviendo en la calle, también evocan la descomposición social , la estructura política, la pobreza, la inseguridad y la violencia debido a la presencia de paramilitares y de bandas en los barrios.

También se evocaron razones familiares en igual proporción de usuarios y operadores. De manera vaga ambos grupos hablaron de “problemas familiares” como la violencia intra-familiar y la falta de entendimiento con otros miembros de la familia. Los operadores evocan, además, la falta de educación (poca escolaridad) de los padres, la “perdida de valores” en los hogares y el consumo de drogas por parte de los padres como factores que han llevado a muchas personas a vivir en la calle. Finalmente un usuario hace referencia a la exclusión explícita de las familias en tanto “echan” a alguno de los miembros a la calle y sin recursos.

Otra de las razones evocadas es la que tiene que ver con el vivir en la calle como una elección personal, propuesta en igual proporción por operadores y usuarios. En general ellos hablan de una “habituación” o acostumbramiento a esta forma de vida. Los usuarios ven en el vivir en la calle la posibilidad de libertad, dicen que les gusta vivir en la calle, que la calle los hace fuertes, aunque contradictoriamente dicen tener que depender de los no habitantes en situación de calle (caridad). Los operadores evocan la noción de libertad pero ligada a su condición de adictos. Así mismo expresan que vivir en la calle les permite vivir sin normas. La libertad también es relacionada con la idea de huida, fundamentalmente de sus hogares. En síntesis el sentimiento de libertad en ambos grupos adquiere un carácter diferente: para los usuarios es una elección que les satisface

sus expectativas de vida, para los operadores esta libertad esta relacionada con la necesidad de salir de la norma y concretamente responde a la necesidad de drogarse.

Cercana a esta idea, también se evoco, aunque minoritariamente, problemas psicosociales como razones que llevan a las personas a vivir en la calle: los usuarios evocan fundamentalmente razones ligadas a la condición de adictos, muy cercano a los resultados del análisis prototípico anteriormente presentados. Los operadores de igual manera evocan la drogadicción como una causa, así como la enfermedad mental.

Finalmente, una categoría que llama nuestra atención es la que llamamos “propio de la ciudad”. En esta categoría encontramos fundamentalmente a los operadores quienes expresan que los habitantes en situación de calle son una realidad “propia” (endémica) de las ciudades como Medellín. Dicen que es “normal que haya gente que viva en las calles”, que siempre han estado allí.

“Me parece que es algo pues, como normal, en una ciudad en desarrollo o en una ciudad pues, grande porque hay diferentes tipos de mentalidades. Hay gente que piensa muy diferente”.

“... eso pues, hay muchos factores que denotan que tenga que haber habitantes de calle en las ciudades grandes”.

Hacen alusión a la cultura de la mendicidad en tanto fortalece la decisión de algunas personas de vivir en la calle y ven a Medellín como un “amañadero” que atrae otros habitantes en situación de calle de otras ciudades. Es curiosos que las personas que trabajan por cambiar esta situación terminen legitimando esta forma de vida, y por extensión, esta forma de exclusión social. Este dato esta en relación a los resultados del análisis prototípico presentado anteriormente, en donde la categoría “estilo de vida” aparece como una respuesta típica de este subgrupo.

EL CUERPO:

Este tema mayor fue abordado desde cuatro variables que lo operacionalizan: las necesidades íntimas (fisiológicas, aseo, sueño, sexo), las dificultades que genera el vivir en la calle para la satisfacción de esas necesidades, la forma “ideal” considerada para satisfacer esas necesidades y la apariencia como una característica fundamental definidora del habitar la calle, incluso entendida como causa de exclusión.

Satisfacción de necesidades íntimas :

La denominación “necesidades íntimas” deja como condición de realización de ciertas prácticas el hecho que estas deben realizarse en condiciones espaciales y físicas aptas para ello. En este sentido, el habitar la calle no solamente es contrario a este principio sino que constituye uno de los problemas más evidentes con respecto al impacto que esta población tiene en la ciudad. Al preguntarles a los usuarios y operadores del sistema de atención al habitante en situación de calle adulto de la ciudad de Medellín sobre cómo esta población realiza estas actividades, casi inmediatamente encontramos que existen dos tipos de habitantes en situación de calle: aquellos que buscan un lugar “escondido” o íntimo para realizarlas y aquellos que no les molesta ser evidentes e incluso transgredir a los otros con la realización de este tipo de actos. Con respecto a las necesidades fisiológicas fueron los operadores lo que más se refirieron a este ítem. Ellos explican que hay un grupo de HSC que usa los recursos del Programa (patios, baños móviles, carpas) y otros que no hace uso de estos recursos; para explicar el comportamiento de este segundo grupo, se les atribuye un comportamiento de “rebeldía” con la sociedad, el deseo de chocar, de agredir y escandalizar a los no-habitantes en situación de calle. Dicen que estas personas “ya no tienen vergüenza”. Con respecto a los sitios que utilizan para resolver sus necesidades fisiológicas, se mencionan, para el primer grupo, los baños públicos, los baños de los hoteles o incluso de las casas donde consumen droga. Para el segundo grupo se referencia, como lugares para la realización de necesidades fisiológicas, el río Medellín, las “mangas”, “cualquier esquina”, la calle, “sitios inadecuados”, etc.

Los usuarios comparten esta categorización de los que “respetan” y de los que no. Ellos evocan el hecho de que, existiendo los medios, algunos no son “capaces de usarlos” y les reprochan esta actitud contraproducente para todos los habitantes en situación de calle. Evocan de igual manera las “mangas”, orillas de los ríos, cloacas y “donde caiga”, como los sitios en los cuales resuelven sus necesidades fisiológicas. Sin embargo hacen igualmente referencia a los que utilizan los recursos del programa de atención, tal como los patios, los baños públicos, etc..

Con respecto al sueño, los operadores evocan la periferia del centro de la ciudad, y los usuarios evocan ya sea Patio 2 en donde pueden dormir o “donde lo coja a uno el sueño”. Ambos grupos hacen referencia a una delimitación normativa o territorialización del sueño. No se duerme necesariamente en cualquier lado, tiene que ver con el sentimiento de seguridad o de la

negociación de la protección e inclusive de la conformación de grupos para protegerse mutuamente. Algunos hacen referencia al sueño en relación al excesivo agotamiento producto del consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido encontramos dos tendencias: aquellos que eligen el lugar para dormir circunstancialmente (“donde caiga”), expresando una alta incertidumbre con respecto a su seguridad (“uno no sabe si amanece o no”) y aquellos que planifican el dormir, incluso de manera grupal. Finalmente los operadores hablan de la “erradicación” de lugares no-aptos para el uso de los habitantes en situación de calle, desde la política del espacio publico (desde la lógica de recuperación del espacio publico).

Con respecto a las relaciones sexuales, son en su mayoría los usuarios quienes hicieron referencia a este tema. Declaran que no existen lugares para realizar este tipo de actos y la calle puede ser incluso el espacio de realización de los mismos. Establecen una relación entre sexo y drogas, incluso los lugares que evocan para la realización de estas actividades son las orillas de los ríos en donde venden droga o en la “ollas”. Igualmente se evocan como lugares las “mangas”, los puentes, el “rompoi de la Minorista” e incluso en Centro Día. Un usuario dice que el siempre paga su pieza. Los operadores evocan los mismos lugares que los usuarios, pero sobretodo los lugares públicos (río, mangas, puentes, Minorista). En general se ve un marcado vinculo entre el sexo y el consumo de drogas; el sexo es un “servicio que se paga”, algunos hacen referencia al comercio sexual o al intercambio de sexo por droga, aunque no se utilizan categorías como la prostitución. Finalmente no se hace referencia al establecimiento de vínculos o a la existencia de relaciones amorosas cuando se habla de sexo.

Necesidades íntimas: Dificultades:

Al preguntarles sobre las dificultades que los habitantes en situación de calle tienen para resolver sus necesidades íntimas, los operadores no perciben dificultades mayores: en primer lugar dicen que hay un aprendizaje o acostumbramiento (adaptación) a las condiciones de vida de la calle (nuevamente aparece la categoría “estilo de vida” ya vista en el anterior análisis). Consecuentemente con el anterior, los operadores atribuyen una “ausencia de cultura” que hace referencia a la ausencia de respeto por la norma de uso del espacio publico, lo que explicaría que para los habitantes en situación de calle no es difícil realizar sus necesidades en el mismo. Finalmente evocan la droga justamente como el causante de la ruptura con la norma que les

permite transgredirla. Se habla también de una capacidad para resolver los problemas cotidianos (mirada romántica del aventurero) al tiempo que exponen la generación de “patrones de conducta”, es decir, de un estilo de vida de calle.

Los usuarios de igual manera dicen no encontrar dificultad en la realización de las necesidades fisiológicas. Ellos también hacen referencia a la “ausencia de cultura” de algunos habitantes en situación de calle, dicen que no hay respeto por los demás (entendemos, los no-habitantes en situación de calle).

Necesidades íntimas: Ideal:

Al responder la pregunta sobre cual sería la manera “ideal” de satisfacer las necesidades íntimas, ambos grupos evocan el ideal político de Cultura Ciudadana. Evocan la dignificación de la vida humana, la responsabilidad social del estado y la necesidad de “educar” a través de “campañas”. Esta idea es contradictoria en los operadores en tanto, por un lado se legitima el “estilo de vida” de la calle como algo “natural”, incluso apreciable (aventura, forma de libertad, etc.) y por otro lado se piensa en que se debe cambiar esta manera de vivir en tanto perjudicial para la ciudad. Ellos hacen alusión a la ayuda humanitaria de emergencia para minimizar el impacto en la ciudad de los efectos que producen los habitantes en situación de calle. Hacen referencia al asistencialismo estatal y a los principios del Programa de Atención al habitante en situación de calle adulto que tienen que ver con la reducción del daño y la perspectiva de deberes y derechos. Dirigen reproches a los habitantes en situación de calle en tanto los califican de “demandantes”.

Apariencia:

La apariencia, necesariamente descuidada de los habitantes en situación de calle, es considerada como una de las variables más salientes y representativas para definir esta población (análisis prototípico y categorial), en tanto sensible y cargada de valor moral por los no-habitantes en situación de calle. Sin embargo un dato interesante es la existencia de una categorización negativa por parte de un grupo de habitantes en situación de calle (institucionalizados) para referirse a los “otros”, a quienes dirigen reproches. En efecto los usuarios entrevistados se refieren a los “otros” como “gamines, cochinos, desechables, locos”. Dicen que hay algunos que “les gusta verse sucios”, que “están acostumbrados” a vivir de esa manera. Algunos incluso llegan a establecer una diferencia entre “habitantes en situación de calle” (los que se bañan) y los

“desechables” (los que no se bañan). Por otra parte algunos hacen referencia al cambio que han vivido algunos y que se preocupan por verse bien, por asearse. Evocan el apoyo que les brinda el Programa de atención y las posibilidades que tienen en Centro Día. Algunos evocan las dificultades que les trae su apariencia, incluso el repudio que algunas personas no-habitantes en situación de calle manifiestan hacia ellos; declaran que incluso una apariencia descuidada les trae problemas para conseguir el sustento, puesto las personas les huyen. Con respecto a este punto existe divergencias con el grupo de operadores, puesto que estos últimos expresan que la apariencia descuidada es una suerte de “mascara” que utilizan para favorecer intereses como generar miedo o repudio para lograr que los no-habitantes en situación de calle les den dinero (apariciencia como estrategia). Otro operador habla de una “pobreza interior” que estaría relacionada con el descuido y deterioro físico y social del habitante en situación de calle. En esta misma idea algunos operadores atribuyen a una autoestima baja en los HSC el deterioro de su aspecto y su salud (apariciencia como efecto). Al igual que los usuarios, los operadores también establecen una diferenciación entre los HSC según su apariencia: están los que cuidan su aspecto y los que “se dejan llevar”. Nuevamente están los dos temas transversales que vimos surgir como organizadores de la RS del HSC: el habitar en la calle como “estilo de vida” y la drogadicción, ya sea como causa o efecto, del deterioro físico de esta población.

Con respecto a la cuestión de si la apariencia del habitante en situación de calle constituye una causa de exclusión social, los usuarios dividen su opinión: si bien la mayoría piensa que si, que es apenas normal y lógico que las personas los rechacen por su aspecto, olor y suciedad, otros piensan que no es necesariamente su aspecto, sino las acciones negativas y delincuenciales que algunos de estos habitantes en situación de calle realizan, como robar o atracar. Nuevamente encontramos la doble categorización de los “que se cuidan” en su apariencia y de los “otros”, los que dañan la reputación del habitante de calle. En el caso de los operadores opinan en su totalidad que la apariencia es una causa de exclusión al habitante de calle. Algunos hablan incluso de las “personas de bien” para referirse a los no-habitantes en situación de calle a quienes se les ve como víctimas y “con razón” rechazan al HSC. Sin embargo explican que esta exclusión no se da por el solo carácter estético del habitante de calle, sino que es relacionada con la imagen que esta evoca; en efecto este deterioro físico es relacionado al consumo de drogas y por lo general esta imagen esta ligada con el miedo a ser objeto de agresión por parte del

habitante de calle. En síntesis, el temor y la inseguridad son los aspectos relacionados a la apariencia del habitante de calle y que constituyen la razón de la eventual exclusión.

Pero por otra parte algunos dicen que la apariencia genera, al contrario, conmiseración y que incluso algunos habitantes en situación de calle asumen este aspecto para hacer de la mendicidad un “estilo de vida”. Este aspecto está relacionado al sentimiento de compasión que surgió en el análisis prototípico y categorial en los no-implicados (§ *supra*). Finalmente hay que anotar que algunos habitantes en situación de calle evocaron el exterminio social como una consecuencia de la exclusión (grupos de limpieza social) o la exclusión institucional que causa las obras de infraestructura en zonas que antes eran habitadas por ellos.

TERRITORIO:

“Nosotros somos los lugares que habitamos”, dice un principio de la psicología ambiental, tratando de darle un estatus psicológico al lugar. Los sitios que habitamos no solo determinan las conductas sino que caracterizan la identidad social y las relaciones que establecemos en su seno. El medio ambiente en este sentido no es un espacio neutro, él es apropiado y significado por sus ocupantes. Al pretender abordar esta dimensión de los habitantes en situación de calle, pretendemos identificar la manera como ellos conciben sus espacios de vida, públicos, es decir, compartidos, por naturaleza, pero apropiados y re-significados por sus usos. El habitar la calle le da a esta población una característica particular: la calle define una categoría identitaria y la denominación “habitante en situación de calle” legitima (desde el punto de vista semántico) la posibilidad de que alguien pueda pertenecer a esta categoría social. Por otro lado sabemos que esta condición es problemática desde el punto de vista social y político puesto que, por lo general, la apropiación del espacio público prolongado lleva a la privatización del mismo y la pérdida de su condición de “compartido”, puesto que surge el nivel de regulación de privacidad que son capaces de gestionar sus ocupantes. De hecho se han creado categorías políticas del territorio como la de “zonas transparentes” que buscan generar fronteras arbitrarias al uso del espacio. Comprender la manera como los habitantes en situación de calle identifican, usan y significan sus espacios de vida, que rompen con el paradigma del “hogar” como espacio de habitación, nos puede dar elementos comprensivos para comprender el complejo mundo relacional de quienes asumieron esa forma de vivir.

Espacio publico:

El espacio público es, radicalmente, un espacio para todos pero el significado espacial es, radicalmente, idiosincrásico de las personas y grupos que se relacionan con él, es decir, que lo utilizan. El entorno urbano es normativo, está reglamentado para el uso colectivo, pero en algunos casos algunas personas por diversas razones se apropian prolongadamente de él, limitando la posibilidad de que otros lo usen. Obviamente no todas las personas y grupos interpretan de igual forma el espacio urbano.

Al preguntarle a los entrevistados que pensaban sobre la idea generalizada de que los habitantes en situación de calle son en gran parte responsables del deterioro del aspecto de la ciudad, en su mayoría los usuarios del programa de atención al HSC dicen estar de acuerdo con esta afirmación. Lo mismo sucede cuando se trata de los operadores. Los usuarios agregan, por su parte, que se trata de algunos habitantes en situación de calle que “no respetan”, que deterioran el aspecto de la ciudad porque generan suciedad. Así mismo alegan que, más que el aspecto físico, el problema que generan en la ciudad estos habitantes en situación de calle tiene que ver con el consumo de sustancias psicoactivas y con la seguridad de las personas no-habitantes en situación de calle: *“todo lo que ven se lo roban pa’ consumir droga y alcohol”*. En este caso los HSC son vistos como victimarios ya sea porque buscan la oportunidad de robar o de aprovecharse de los otros, como lo declara una usuaria haciendo referencia a la mendicidad. Como ha ocurrido en otros temas, encontramos una tendencia a categorizar de manera negativa el “ellos”, los que hacen daño para diferenciarse del “nosotros” los que “respetamos las normas”. Por el contrario hay una minoría que dice que los habitantes en situación de calle no son responsables de los problemas de la ciudad. Incluso alegan que en muchos casos el HSC cuida y da una buena imagen de la ciudad al turista porque le interesa cuidar su medio de subsistencia. Algunos exponen que la sociedad vive en un “materialismo” que les impide ver la realidad del habitante en situación de calle y a esto lo llaman “insensibilidad social”. Algunos proponen que se debe buscar mecanismos de integración (inclusión) del habitante en situación de calle, “culturizarlo” (léase educarlo) para que cuide y respete el espacio público.

De igual manera los operadores piensan que el problema de los habitantes en situación de calle no es solo estético, sino que está atravesado por la “inconciencia” propia del adicto y de la inseguridad que estos generan. Algunos atribuyen a los comportamientos de vandalismo la necesidad de “llamar la atención”. Al igual que los usuarios, los operadores hablan de dos tipos

de habitantes en situación de calle, los que cuidan y los que no. Hacen referencia también a la privatización del espacio público por parte de la HSC: *“piensan que tienen derecho a esos espacios y se adueñan de ellos”*. Finalmente hay un operador que propone reforzar la identidad de habitante de calle (legitimación de esta forma de vida): *“les hablamos de que si la calle es el hogar de ellos, pues que lo cuidemos!”* y propone fortalecer el “sentido de pertenencia” que ellos tienen de la calle, apropiársela!.

Apropiación del espacio:

Irwin Altman, psicólogo social y ambiental, define la privacidad como "el control selectivo del acceso a uno mismo o al grupo al que uno pertenece" (1975, en Valera 1999). Este control selectivo puede entenderse desde dos vertientes: control de la propia *interacción social* (contacto social con los demás) y control de la *información ofrecida* durante la interacción. Lo que resulta interesante de la propuesta de Altman es que la privacidad no debe definirse únicamente en términos de aislamiento, reclusión o exclusión. Esta perspectiva convendría para entender la manera como los habitantes en situación de calle se apropian del espacio público para hacerlo suyo.

Ante la pregunta de si los habitantes en situación de calle buscan un lugar fijo para vivir, tanto en los usuarios como en los operadores la opinión está dividida, sin embargo son mayoritarios, en ambos grupos, los que piensan que sí, que existe una tendencia a la territorialización, es decir, a la apropiación casi permanente de un espacio, fundamentalmente en las noches para dormir. Las razones de apropiación, según los usuarios, tienen que ver con la satisfacción de necesidades como alimentación y descanso. Por eso evocan como lugares centro día 1 y patio 2, en donde incluso dicen *“nos tratan como a sus hijos”*. De la misma manera se evocan la seguridad, la tranquilidad e incluso la “invisibilidad” como razones para elegir un lugar para habitar. Protegerse de los que “nos matan” es básicamente la premisa en las noches. La tranquilidad tiene que ver además con la soledad, la oscuridad y el silencio. La posibilidad de consumo de drogas es otra de las razones evocadas para la elección del lugar de habitación.

Los operadores atribuyen como razones de elección de un lugar de habitación en los habitantes en situación de calle, fundamentalmente la necesidad de protección, el sentimiento de seguridad y la tranquilidad de que no les pase nada mientras duermen. Es por eso que ellos explican que los HSC, por lo general, buscan agruparse, aunque esta razón también tiene que ver con el consumo

de drogas. Además atribuyen la elección de lugares a la necesidad de afecto. Buscan lugares en donde pasa la policía, sinónimo de protección, o donde ellos saben que no los ven. Algunos operadores evocan la necesidad de control territorial y de la identidad socio-espacial (el cambuche o parche).

Territorialización: señales y signos:

Uno de los instrumentos básicos para regular la privacidad es la demarcación de límites espaciales de actividad y control o, lo que es lo mismo, la conducta territorial. Por esta razón quisimos saber de que manera reconoce el habitante de calle su lugar apropiado. Los usuarios tuvieron problemas para responder a la pregunta. Sin embargo algunos evocan la antigüedad, es decir que el reconocimiento no se hace necesariamente con la demarcación física, signos, sino mas bien a través de la apropiación en el tiempo, del control espacial. Otros evocaron la demarcación física a través de objetos como plásticos y cartones. Un usuario nos aclara que no se trata realmente de “habitar constantemente” pero si de “frecuentar”. Finalmente una vez mas encontramos la referencia a dos tipo de HSC: los que son “organizados” y los “desordenados” que no tienen lugar fijo y “andan por ahí”.

Los operadores evocan casi las mismas razones que en la cuestión de elección; es decir, las mismas razones que los llevan a elegir un lugar van a servir para reconocerlo posteriormente. No hacen referencia a la marca o delimitación física; hablan de la seguridad y de la buena compañía, de la presencia del grupo y de las relaciones afectivas, de la posibilidad de consumo y de las costumbres (prácticas y usos) como los signos que les permiten a los habitantes en situación de calle de reconocer sus lugares de habitación.

Inclusión - exclusión del territorio:

El habitante de calle no comparte sus espacios con cualquiera, hemos visto que existe una diferenciación al interior de esta población y, eventualmente, formas de exclusión entre ellos. Pero al preguntarles con quien comparten los espacios, de manera general y vaga declaran que con “los amigos”, “parceros” u “otros HSC” y de manera particular declaran compartir los lugares con quienes comparten comida o alguna sustancia psicoactiva, familiares o su pareja. Pero al responder a la pregunta de con quien no comparten sus espacios, ellos declaran que con

los que “se creen mucho”, los presumidos y “habladores”; así mismo dicen no compartir los lugares con quienes no se asean, con los violentos y con los chismosos.

Los operadores declaran que los habitantes en situación de calle comparten sus lugares de habitación con otros HSC, con sus padres, con quienes se sientan bien o con quienes no los critiquen. Lo contrario, o comparten los lugares con los violentos y con quienes trasgreden las reglas del grupo, por ejemplo con quienes roban.

Movilidad y desplazamientos:

Las razones que explican los desplazamientos de los habitantes en situación de calle, según estos mismos, están en relación al “rebusque”, al trabajo o en general a la sobrevivencia. De manera general ellos hablan de conseguir plata, de “levantarse” la comida. Otros evocan una actividad concreta como el reciclar o el pedir limosna. Otros evocan actividades delictivas como el robar o incluso “apuñalear” o matar. Finalmente algunos evocan el gusto por caminar para “conocer” otros lugares.

Los operadores hablan, en cuanto a las razones de los desplazamiento de los habitantes en situación de calle, de manera general de buscar alimentos y de suplir sus necesidades. Otros evocan el reciclaje, la mendicidad o el vender cosas y finalmente unos evocan el gusto por pasear.

Restricciones y seguridad:

Al preguntarles a los entrevistados si ellos consideran que el habitante en situación de calle puede desplazarse sin problema en la ciudad, encontramos una interesante diferencia entre los grupos: los usuarios son mas optimistas que los operadores. En su mayoría ellos consideran que si pueden desplazarse sin problema por la ciudad, algunos agregan “siempre y cuando respeten a los demás” (léase los no-habitantes en situación de calle). Sin embargo aquellos que consideran lo contrario, lo explican por la existencia de “culebras” o problemas personales que algunos de ellos tienen y temen a las retaliaciones; otros evocan la presencia de las “convivir” en ciertos sectores comerciales de la ciudad, la acción de la fuerza publica o la presencia de “espacio publico” que, dicen, “no los dejan trabajar.

Los operadores consideran mayoritariamente que los habitantes en situación de calle no pueden desplazarse con libertad por la ciudad y consideran que hay lugares en los cuales estas personas

no pueden estar. Las razones que se evocan de esta situación es el rechazo de las personas, generalmente por su apariencia o falta de higiene, la presión policíaca e incluso las amenazas contra su vida, la persecución y la “limpieza social” generada por grupos al margen de la ley.

En ese sentido la cuestión de la seguridad es un tema que inquieta fuertemente a este grupo de implicados. Los usuarios aceptan que no pueden estar tranquilos, ya sea porque entre ellos mismos se generan peleas o amenazas que pueden terminar en actos violentos como puñaladas, o incluso porque reconocen la existencia de grupos llamados de “limpieza social”. Una especie de paranoia acompaña sus vidas. Los operadores también hacen referencia a estos hechos de exterminio social. En general todos están de acuerdo en que el habitante de calle no se siente seguro en los lugares que habitan, siempre hay una amenaza latente, incluso la inseguridad hace que ellos no se establezcan en sitios permanentes: *“uno se acuesta a la voluntad de Dios..”*.

RELACIÓN CON LA NORMA:

Si hay un tema que define el vivir en la calle, es el que esta en relación al respeto de la norma, institucionalizada o no. En efecto el decidir vivir en la calle implica “naturalmente” una ruptura con la norma social en tanto, el ocupar el espacio publico es, en si misma, una transgresión a la norma. De otro lado, una creencia generalizada en la sociedad (lo vimos en la RS del HSC en los no-implicados), es aquella que define al habitante en situación de calle como una fuente de sentimientos de inseguridad. Y es este aspecto que quisimos abordar en los implicados, la percepción que ellos tienen de esta imagen y su relación con la noción de justicia. Un ultimo aspecto al que se les pidió referirse es aquel de la “norma interna” al grupo, es decir, la manera como ellos resuelven sus conflictos.

Norma – delincuencia

Partiendo de una idea general acerca de la relación entre HSC y delincuencia, se les preguntó, tanto a usuarios como a operadores, que opinaban de que algunas personas consideraran a los HSC causantes de la inseguridad en la ciudad.

Tienden las respuestas de los operadores y de los HSC a negar tal relación. Sin embargo debemos destacar algunos matices presentes en ellas y que permiten inteligir algunos detalles interesantes de lo que representa la inseguridad y la delincuencia para los involucrados en el sistema.

Los operadores, son enfáticos al afirmar que no debe correlacionarse la delincuencia con el habitante de calle: “nosotros como involucrados directos del programa, sabemos que no podemos juzgar o colectivizar, o vender ese matrimonio o comprarlo, del habitante de calle igual delincuencia...Es decir, si hay delincuentes son muy pocos...ello buscan mejor posibilitar la consecución del dinero o de lo económico,..., a través de vías legales, por así llamarlo”. Recalcan que la inseguridad en la ciudad es generada por otras poblaciones. “Un habitante de calle puede ir a un restaurante y pedir pero otra persona de un barrio, de una comuna, puede bajar y hacer lo que el habitante de calle no hace...hacer lo que la gente cree que el habitante de calle hace, ¡pero el habitante de calle no lo hace!”. Se nombra el temor que siente el HSC y que le impediría cometer actos delincuenciales: “es muy poco el habitante de la calle que roba, que mata,..el verdadero habitante de calle que nosotros tenemos reconocido como habitante de calle, es temeroso... Diferente a esas bandas, que son muchachitos que se bajan de los barrios subnormales del Valle del Aburrá, y esos sí son un problema.”

En los habitantes de calle, encontramos testimonios del mismo tenor: “...la inseguridad no lo están creando los habitantes de la calle. Al contrario, son las personas débiles de la calle...no son,..., la inseguridad de la calle. ¡Eso es una vil mentira!” Aparecen contrastes entre el habitante de la calle y los jóvenes pertenecientes a bandas: “La inseguridad está en las manos de todos los bandoleros, de todos los sicarios. El personaje de la calle es humilde, es cariñoso, es un personaje que la droga los vuelve...en efectos de la droga son niños, adultos, inadaptados a normas y reglas.”

Sin embargo, las respuestas se cruzan y notamos respuestas encontradas que diferencian la delincuencia del habitante de calle de otras ejercidas en otros contextos y por otros actores. Nos dicen los usuarios: “A ver, sí, hay personajes de estos que son peligrosos, son rebeldes. Son personajes que son buenos ladrones,... Pero al ladrón al que hay que tenerle miedo es a aquel ladrón de barrio que se mantiene en una esquina fumando marihuana y consumiendo perico...” Otro nos dice: ¡Todos nos robamos! Más de uno sí roba y sale a la madrugada a buscar el cliente... De eso de que la inseguridad, eso sí se trata de en un porcentaje; pa´ mi va como en

mitad y mitad...” Una usuaria nos relata su percepción de la inseguridad: “...creo que sí es verdad por lo que nosotros los habitantes de calle...de un momento a otro nos agarra la locura y nos da por ir a quitarle cualesquier cadena a esa señora; y si no la entrega, coger y dale, matarla, ahorcarla, hacerle algo, dejarle un ojo morado.” “Si hay algunos..., que a veces se motivan a hacer daño, a crear caos de inseguridad, robos, indelicadeza y demás,..., por cuestiones en ese instante, el elemento, emocionales,..., ganas de una comida, de un cigarrillo...., y nadie le da. Bueno, viene el ataque...No generalizo, sí, cierto tipo de elemento de calle, amigo.” “...hay manes gatos... De esos gatos que cogen y se roban por ejemplo una tapa del contador de alcantarilla, van y la venden por \$1000, \$2000 para ir a trabarse. Esas ideas si son buenas, pero por ejemplo una idea de que porque uno sea habitante de calle uno mantiene por ahí rebuscándosela, ah vea, ese es un ladrón. Con esas ideas si no voy de acuerdo.”

Norma – justicia

Interrogamos a los operadores y usuarios acerca de la noción de justicia y si los HSC creen en ella. La respuesta de los operadores fue casi unánime: consideran que los HSC no creen en la justicia. Identifiquemos, a pesar de todo, los supuestos básicos que los llevan a esta creencia.

En un primer momento, resaltemos las respuestas en donde la justicia se asocia directamente a una ente particular, en este caso la policía. “Es que es muy claro. Cuando el usuario llega al patio, ¡Mira esa mano de hijuetantas de agentes de policía, nos abrieron a punta de pata y golpes!...Están resentidos con una minoría de agentes de policía que los tratan mal.” “... no, porque ellos han sido aporriados, maltratados,... Entonces por ejemplo ve un policía y uno lo trata de señor agente o manos arriba, ellos no, ellos por lo general siempre van a la defensiva.”

Un segundo grupo de respuestas de los operadores sugiere que los HSC no creen en la justicia, puesto que desconocen el equilibrio que debe haber entre derechos y deberes. “Lo que pasa es que como ellos son altamente demandantes, ellos creen que la justicia consiste en que la sociedad me ha dado o no me ha dado todo....Si usted les pregunta a ellos, ellos son las víctimas de todo el proceso.... Ellos creen que son “el resultado de”, y entonces la sociedad me debe, de una manera muy tácita, ellos no lo dicen directo.” “El habitante de calle es muy demandante de sus derechos,... uno no puede en ningún momento, vulnerar sus derechos, uno no puede equivocarse entorno a eso porque inmediatamente va a recibir una queja, una demanda por parte de ellos... En

ese sentido, sí cree en la justicia, cuando sus derechos son vulnerados. Pero a la hora de cumplir con sus deberes,... no hay justicia...”

Otra idea asociada a la incredulidad de los HSC en la justicia, según los operadores del sistema, es la confianza en la resolución por sus propios medios o bajo la normatividad de la calle. “... Pero ellos básicamente, no creen en eso. Creen más fácil que el cacique de la calle les va a arreglar el problema, ese le arregla el problema, la ley no, ellos mismos.” “...porque yo creo que ellos se manejan, se comportan es a partir de algunos códigos... que tienen que ver como con la ley de la calle: el más fuerte, el más parao, el que más evoluciona, el que habla más duro; ese es el que se merece las cosas...”

Una última idea presente en los operadores acerca de este tema, contiene elementos asociados a los problemas sociales y económicos padecidos por los HSC que los harían desconfiar de la noción de justicia. “No, no, ellos no creen en la justicia. El sólo hecho de estar, o de los fenómenos que lo llevaron a ser excluidos de la sociedad, ya los hace pensar en que la justicia no existe aquí en Colombia”. “El patrón en el habitante de la calle es que haya cierta dosis de resentimiento sociocultural o resentimiento social...Ellos no creen en las instituciones, no creen en la democracia,...creen que la vida, la sociedad, etc., ha sido injusta con ellos, etc. El patrón es no creer en la justicia.”

En los habitantes de calle, es mucho más difícil hallar una unidad de sentido que nos permita agrupar y describir sus respuestas. No obstante, se conservan líneas de sentido similares, aunque no iguales, a las planteadas por los operadores. Por ejemplo, la asociación entre la justicia y la policía está también aquí presente. “...se ha acabado mucho, pero la policía nos ha golpeado mucho, mucho, muy duro. Convivires nos han golpeado. Yo creo que ahí no hay justicia.....Ningún mundo hay justo para nosotros. Nosotros tenemos nuestro mundo”.

La desigualdad aparece como argumento: “a toda la gente no se trata igual...Por eso el mundo no es justo porque a donde fuera justo, todo mundo viviríamos iguales. Nadie viviría en la calle, todo mundo tendría su casita por lo menos, su comidita diaria..., su trabajito; tendría todo, su ropita. Pero a donde el mundo fuera justo, vea, yo no estaría en la calle ni ninguno de los que estamos acá”. La discriminación se a su vez a la injusticia: “Porque el mundo es injusto amigo. Desde antes de nacer Jesús y después de nacer Jesús siguen las injusticias... En todos los niveles, en

todos los aspectos...La discriminación racial amigo...la discriminación de sociedades y demás...”.

Resolución de conflictos:

Los operadores expresan una imagen violenta de la manera como los HSC resuelven sus conflictos. La agresión y la violencia son, para los operadores, la única forma que estas personas tienen para resolver sus diferencias. Dicen “son agresivos, violentos, terroristas”. Agregan que ellos no reconocen las normas, son por naturaleza “anti-normativos”, “les falta educación”. Según los operadores en la calle reina “la ley de la selva: sobrevive el mas fuerte”. La única forma de solución es por la “fuerza bruta” para tratar de ganar el tan anhelado respeto.

En los usuarios del programa de atención al habitante de la calle adulto las respuestas no se alejan demasiado de las de los operadores: “estamos siempre armados con una *lata*”. Expresan que le tienen mucho temor a las “culebras”. Sin embargo este subgrupo reconoce que existe el dialogo el cual, si no da resultados, inmediatamente se pasa a la violencia. Se tiene que “luchar”, “ser fuerte” y “hábil para esconderse”. Esto ultimo tiene una relación directa con las razones por la cual muchos de los HSC están en la calle: la huida o el desplazamiento. Algunos expresan su temor a las dos formas de violencia mas comunes entre los HSC: el robo y “las puñaladas”. Eventualmente, declaran algunos, acuden a la policía para resolver sus conflictos.

Con respecto al control social “interno” a esta población, los operadores dicen que ellos tienen su propio “código”, sus propias normas, limites, en oposición a aquellos que piensan que ellos son “anti-normativos” o que no tienen claras las normas, como lo expresamos anteriormente, por lo que para ellos la estrategia debe estar dirigida a la “educación”. Del lado de los usuarios del programa, en este tema del control social, realzan el sentimiento de libertad propio del vivir en la calle, dicen tener un “pensamiento propio”, ser autónomos: “no nos pueden mandar”. Sin embargo algunos expresan la necesidad de un relativo control, de tener “una guía”, alguien que los “motive”, haciendo referencia al proceso de resocialización. En este sentido ellos declaran que el consumo de SPA es la causa de muchos de los problemas con la justicia, se autodenominan “inadaptados”, “adultos-niños”. Finalmente, algunos de ellos declaran la necesidad de “acudir a Dios” como fuente de protección, expresando las características mágico-religiosas propio de la percepción limitada o inexistente del control de la situación y de una desesperanza aprendida (atribución de control externo).

DISCUSIÓN: DEL ESTEREOTIPO A LA DISCRIMINACIÓN. ANCLAJE Y FUNCIONAMIENTO DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL HABITANTE EN SITUACIÓN DE CALLE

Explorar el contenido de la representación social del Habitante en situación de calle en las personas implicadas con el sistema de atención al habitante de la calle adulto en la ciudad de Medellín, nos ha permitido identificar las coincidencias y diferencias entre los usuarios y los funcionarios del mencionado sistema. Una conclusión central es la inexistencia de una representación social estable en este grupo, debido, justamente, a la ausencia de consenso intra-grupo. Sin embargo hemos encontrado un gran acuerdo, ya no en el contenido de la representación social, pero si en el proceso socio-cognitivo que elabora y vehicula dicha RS del HSC y que determina la socialización, es decir, los juicios y las acciones, en relación al objeto de representación. En este caso la naturaleza del objeto le da a la RS una característica particular, o mejor, esta hace referencia a un proceso cognitivo particular: aquel que articula el proceso de generación de estereotipos, a aquel de la discriminación social.

la categorización social negativa.

“El habitante de calle, el verdadero habitante de calle que nosotros tenemos reconocido, esta muy temeroso” (operador).

Una tendencia a diferenciar dos tipos de habitantes de calle, es una constante no solo en los usuarios del sistema de atención de la alcaldía de Medellín, sino en los operadores y administrativos de dicho sistema. De manera general esta diferenciación obedece a una clasificación de los que “aceptan los beneficios del programa”, es decir, de los institucionalizados y de los que no. Esta diferenciación implica una valoración, es decir, generación de juicios, en la que, necesariamente, aquellos que no están en el sistema, ellos y sus comportamientos, merecen una valoración negativa. Es este primer proceso sociocognitivo que esta en la base de la RS del HSC en los implicados. Digámoslo inmediatamente, la preocupación que surge esta en relación a la posibilidad de que este proceso de categorización negativa, que explicaremos a continuación, favorezca la reproducción de los mecanismos de exclusión social, de la cual son objeto los habitantes en situación de calle por el resto de la sociedad, al interior de esta población y poniendo en cuestión el rol de las intervenciones institucionales en este fenómeno.

En primer lugar es importante quitarle todo tinte moral al acto de discriminación y aclarar que, según las investigaciones adelantadas por la psicología social, este proceso es automático y universal, es decir, necesitamos diferenciar para identificarnos. Nosotros podemos, por razones culturales o psicológicas de estrés o de pérdida de control (sentimiento de amenaza), desarrollar sentimientos negativos o ambiguos hacia un grupo o categoría social y al mismo tiempo darse cuenta de la irracionalidad del hecho. Entre otras cosas la moral no tiene relación con la naturaleza y el funcionamiento psicológico. Es el entorno social y familiar que nos enseña lo que es permitido y lo que no lo es: la naturaleza humana no es moral, es moralizada.

La categorización social es un proceso cognitivo que esta en la base de los estereotipos y de los prejuicios. Este proceso consiste en organizar los elementos de nuestro entorno social en un conjunto coherente claro y comprensible. Sin embargo, como ya lo señalamos anteriormente, esta visión coherente y clara se obtiene a través de una simplificación y de una reducción abusiva de las características de la realidad. Se trata de un proceso de selección de la información que son reducidas a expresiones simples para darnos la impresión de comprender y de controlar (cognitivamente) las cosas y las situaciones. Esta selección de información no se hace de manera neutra, puesto que, se ha encontrado, esta selección esta acompañada de una acentuación de ciertos rasgos del objeto. Los criterios de selección y de acentuación de rasgos son proporcionados por el contexto social de las personas y por contexto hacemos referencia al sistema de valores, normas y creencias del grupo de pertenencia. En el caso de los habitantes en situación de calle los temas de drogadicción y apariencia (cuidado físico) son muy valorados tanto por los mismos HSC como por los operadores del sistema y estos determinan dos tipos de HSC, dos categorías estereotipadas de estos, que los dividen. En ese sentido, la categorización social es un tratamiento cognitivo de las diferencias sociales (Fischer 1997). En efecto, nosotros percibimos al otro en función de nuestras pertenencias sociales, de la posición en la “escala social”, lo que conduce a seleccionar un cierto numero de informaciones que no solamente son una simplificación de las características del objeto, sino que justifican nuestras percepciones, nuestros juicios y nuestras acciones (comportamientos y verbalizaciones) con respecto a este objeto.

Otro aspecto ya no propio de la categorización como proceso sino de la categoría como producto, es que una categoría social ya elaborada y vehiculada dentro del grupo de pertenencia, funciona como una “teoría implícita” de la realidad. Esto último hace referencia a la existencia de “saberes preestablecidos” que constituyen formas de creencias sociales sobre los cuales se desarrollan los procesos cognitivos a los cuales hicimos mención recientemente. Este aspecto hace énfasis en la existencia de un modo de funcionamiento cognitivo que consiste en buscar informaciones que confirman nuestras creencias cuando percibimos al “otro” objeto de una categoría social (HSC por ejemplo). Así, nuestra manera de ver la realidad no obedece a una búsqueda objetiva de información (el sujeto social en oposición al sujeto científico), sino que buscamos en nuestro entorno los datos para ajustarlos a un sistema de interpretación que nos conviene. De allí la noción de “confirmación de hipótesis” que conceptualiza el proceso sociocognitivo descrito. Esta noción interviene directamente sobre nuestra percepción del otro: nosotros manipulamos las informaciones a nuestra disposición para confirmar las creencias que tenemos de los “otros”. Es el caso preciso de los HSC, quienes, tanto operadores como usuarios del sistema, insisten en la existencia de dos tipos de habitantes de la calle, juzgando siempre de manera negativa los “otros”, los que no hacen parte permanente del sistema de atención.

Podemos afirmar entonces que la RS del HSC en los implicados funcionan como una teoría implícita que se encuentra en la base del proceso de categorización social del HSC, es decir, en la clasificación que se hace de las personas, fundamentalmente en dos tipos de HSC: los “buenos”, es decir los que cumplen, los que “se dejan ayudar” y los otros, los “malos”, los que no aprovechan la ayuda que se les brinda y además “daña la imagen de los demás habitantes en situación de calle”. Estos últimos, lo vimos, son nombrados a través de categorías sociales negativas tales como “desechables”. Este proceso de diferenciación social explica los procesos de discriminación y exclusión del que son víctimas los HSC por parte de la sociedad en general, pero, insistimos, lo que es preocupante, es el hecho que al interior de los mismos HSC e incluso de las personas que trabajan por mejorar su condición social (operadores del sistema), también existe este proceso de categorización y discriminación, una suerte de reproducción interna de lo que ocurre de manera general en la sociedad.

Estereotipo, prejuicio y discriminación:

Los estereotipos y los prejuicios constituyen las dos fases de un mismo fenómeno. Se trata de un proceso de esquematización de las características de una persona o de un grupo (rasgos físicos, comportamientos, etc.) que luego juzgamos por medio de explicaciones reductoras y que dan lugar a generalizaciones. De manera general, los estereotipos son categorías sociales, por lo general negativas, que sirven de base a los prejuicios, es decir, a juicios anticipados y generalmente sin relación a la realidad social de las personas, o por lo menos, a una parte de esta. De su parte los prejuicios se exteriorizan a través de comportamientos negativos que generalmente llamamos discriminación. En este sentido ya no se trata solamente de juicios o de sentimientos desfavorables, sino que se trata de actos de intolerancia que consisten en rechazar, excluir, marginar, en síntesis, en “inferiorizar” y despreciar a las personas objeto del prejuicio. Una pregunta que queda por resolver sería cuáles son los factores que explican la aparición de estereotipos, de prejuicios y de formas de discriminación al interior de los mismos HSC.

La inferencia atributiva como forma de construir categorías sociales:

Una particularidad del proceso sociocognitivo que encontramos en la base de la RS del HSC y que nos ayuda a comprender la categorización en los implicados, es la atribución causal. La atribución causal nace como una de las primeras teorías en la Psicología Social que busca generar una comprensión de los procesos empleados por los individuos para explicar los fenómenos sociales. Para Heider (en Fischer 1994), se trata de procesos mentales que establecen relaciones causales con el fin de explicar las situaciones, teniendo por objetivo encontrar una estructura estable que permita controlar la realidad. La podemos definir como una actividad cognitiva que se expresa por medio de un conjunto de inferencias que buscan explicar nuestro comportamiento y el de los demás, para comprenderlos y darles sentido, en síntesis, para controlarlos (cognitivamente hablando, claro esta).

La categorización social que se constituye en estereotipos, base de prejuicios y discriminación, tal y como lo vimos en la RS de los HSC en los implicados, responde a un proceso de atribución interna o disposicional. En efecto se han definido dos tipos de atribución causal para explicar el comportamiento de los demás e incluso el propio: nosotros tenemos a nuestra disposición dos procesos cognitivos, ya sea considerar la causa en relación a las circunstancias exteriores (causas

externas circunstanciales), ya sea considerar las causas ligadas al individuo y a sus disposiciones personales (causas internas o disposicionales). Las investigaciones han demostrado que existe una tendencia sociocognitiva que consiste a buscar las causas internas mas que externas para explicar los comportamientos de las personas. A esta tendencia se le llama “error fundamental de atribución”. En efecto nosotros no tratamos nunca la información del mundo social de manera abstracta y neutra, además tenemos tendencia a considerar que las características personales son mas validas, mas estables para explicar los comportamientos, ya que estos son fundados en las intenciones, las motivaciones, es decir, en la responsabilidad. Las implicaciones sociales, en términos de relaciones entre las personas, es muy importante en tanto que, en términos de Heider “no es lo mismo saber que el palo que me golpeo su origen no es un árbol viejo, sino la mano del enemigo”. Esta atribución disposicional facilita la categorización negativa, aquellos que viven como viven gracias a su “propia decisión”. Este tipo de error fundamental en un contexto como el programa de atención municipal al HSC de Medellín puede generar no solo limitaciones en los logros, sino dificultades en el sentido que puede generar una discriminación y/o exclusión institucional, replicando el efecto social general al cual se esta, misionalmente, en búsqueda de transformar. Esto ultimo es el aspecto al cual un segundo abordaje investigativo debería responder.

En síntesis, este proceso de atribución interna al cual hacemos mención, explica la generación de dos tipos de categorías sociales, entre ellas un negativa, los “otros”, que estarían en la base de los prejuicios y, por extensión, en el desarrollo de formas de discriminación (marginación, exclusión, extinción y/o exterminio), tales como la violencia, el rechazo, teniendo un impacto limitado en el logro de los objetivos del programa de atención al adulto HDC, recordando que no es solamente un fenómeno presente en los usuarios del programa o personas categorizadas institucionalmente como tal, sino que los operadores también responden al mismo proceso. En este sentido, a pesar de las diversidad y falta de consenso interna en la estructura y contenido de la RS del HSC en los implicados, encontramos que el consenso se encuentra en el proceso de formación y uso de dicha forma de conocimiento de este aspecto de la realidad social.

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

MARCO TEÓRICO

1. Representaciones sociales sobre salud enfermedad

Los conjuntos sociales elaboran concepciones, acumulan experiencias, acciones en torno al proceso de salud-enfermedad, siendo este uno de los aspectos de la vida donde se estructuran una gran cantidad de simbolizaciones y representaciones colectivas. Las definiciones de los problemas, la identificación de necesidades y la concreción de comportamientos que los aborden y resuelvan se estructuran a través de lógicas diferentes respecto a las imperantes en el sector salud. En los hechos estas racionalidades no operan en forma estática, sino que se produce un movimiento que contiene momentos de incorporación, exclusión, convergencias, divergencias, imposiciones y transacciones. En este movimiento, las instituciones de salud presentan una racionalidad que no es exclusivamente técnica ni científica, sino que incluye dimensiones ideológico-culturales que suelen cristalizar en normas permanentes con mayor peso y poder que las racionalidades de la población que consulta. Sin embargo, no tienen una intencionalidad consciente, sino que se presentan como modalidades de pensamiento y acción aparentemente abiertas, que con cierto grado de flexibilidad podrían redefinirse a partir de la inclusión de todas las lógicas en juego (Schapira, 1993).

1.1. Concepción de enfermedad: La enfermedad es descrita como un acontecimiento infeliz, experimentarla incluye aspectos distintos a su contenido orgánico, repercute sobre los individuos modificando de manera negativa su estado de ánimo, humor, comportamiento social. El verdadero criterio de enfermedad no es su contenido corporal sino su transposición en el plano de los comportamientos, como una reducción a la inactividad y como una búsqueda terapéutica. Mientras la actividad no esté obstaculizada, los fenómenos orgánicos son experimentados pero no adquieren el significado de enfermedad. Surge únicamente con la modificación de la vida cotidiana del enfermo, de manera que la inactividad define el umbral de la enfermedad (Viveros M, 1993).

1.2. Causalidad de la enfermedad: Los discursos relativos a la enfermedad son siempre interpretativos, porque la enfermedad es un acontecimiento que requiere una explicación y una respuesta. Los antropólogos y los historiadores de la medicina señalan que las concepciones causales de la enfermedad, tanto en los discursos comunes como científicos, en diversas épocas, en diferentes sociedades y formuladas de manera distinta, oscilan entre dos polos, el *polo endógeno* y el *polo exógeno*. En el endógeno, la enfermedad no es una entidad ajena al individuo, proviene de él –herencia, disposición-; en el exógeno el individuo es percibido como naturalmente sano y la enfermedad es debida a una acción maléfica, a efectos de elementos externos nocivos, los miasmas provenientes de la tierra, los microbios o las inadecuadas condiciones de vida y de trabajo. (Domínguez M, 1988; Gómez RD, SF).

1.3. Búsqueda de ayuda: En primer lugar, es común que esté condicionada a la percepción de los síntomas, surge la necesidad de atención en salud, siempre y cuando incidan con intensidad persistente en el desenvolvimiento habitual de las actividades. Y en segundo lugar, en la búsqueda influye de manera importante las situaciones de contexto social, económico y cultural. (Schapira M, 1993) Como se expuso arriba, cuando los síntomas son persistentes, se asume más rápidamente la condición de “enfermo”, sin estos la enfermedad no se construye simbólicamente.

1.4. Valoración del proceso de atención: Entre los aspectos que surgen en la reflexión acerca de la atención recibida, están los interactivos, de orden subjetivo y emocional vinculados más especialmente con la relación médico-paciente. En este sentido se pueden encontrar situaciones de desencuentro (García de Alba-García J, 2002), dependencia (Yepes CE, 2002), deshumanización (Schapira M, 1993) y uso del poder (Foucault M, 1966). Por otra parte, especialmente en las poblaciones de escasos recursos económicos que acuden frecuentemente a las instituciones públicas, aparecen quejas dirigidas a aspectos organizacionales del proceso de atención –“cultura de la espera”- (Schapira M, 1993)

2. Condiciones de acceso a los servicios de salud: una perspectiva de derechos

2.1. Acceso a los servicios de salud

La utilización de los servicios de salud se refiere al proceso donde se relacionan la población y el personal de salud, para satisfacer una condición de salud determinada. Esta utilización está definida como los acontecimientos que se presentan desde que surge la necesidad de atención hasta el momento en que se inicia o continúa la utilización de los servicios. A lo largo de este proceso se identifican como determinantes del deseo de atención aspectos como las creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, la tolerancia al dolor y a la frustración y a la incapacidad. Se han establecido distintos modelos para el análisis de la utilización de los servicios de salud, un modelo epidemiológico que aborda el problema desde las necesidades en salud, un modelo psicosocial y otro social. (Echeverri ME, 2004)

Muchos de los estudios –en especial norteamericanos, y algunos colombianos- reconocen al modelo de Aday y Andersen como la propuesta más integral para estudiar el proceso de acceso a los servicios: los autores incorporan la perspectiva de Donabedian para abordar un Sistema de Salud a través de la estructura, el proceso, y los resultados y traducen las múltiples interrelaciones de esos tres componentes en dos dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso real. El *acceso potencial* es la posibilidad de obtener atención determinada por la adecuación entre el sistema de prestación de servicios –disponibilidad y organización institucional y funcional de la oferta- y las características de la población -creencias, información, dotaciones y necesidades. El *acceso real* es el uso efectivo de los servicios y la satisfacción de los usuarios, e incluye situaciones tan difíciles de valorar como la resolución final de la necesidad en salud, que generó la búsqueda de atención (Aday LA y Andersen R, 1983).

Como antecedente, en estudios realizados en Colombia, se ha encontrado como factor determinante del acceso, el tipo de afiliación al régimen de seguridad social, la edad, el género, las condiciones iniciales de salud, las características laborales, el ingreso y el grado de escolaridad entre otros. Se ha vuelto reiterativo el hecho de que existen barreras económicas, tanto para la afiliación a un seguro de salud, como para el acceso real a los servicios y la inequidad en el aseguramiento y en el acceso a los servicios de salud. De manera que nuestro sistema sanitario no es universal, ni equitativo, ni justo con la población, y la asistencia se basa en una ley no adaptada: no adaptada a las dificultades de acceso geográfico de una población, con

la única posibilidad muchas veces de la autocuración o sin medios de transporte ni vías de acceso, y alejada de los centros de salud (Echeverri ME, 2004).

2.2 La salud como derecho

La Corte constitucional ha distinguido a la salud como un servicio público que genera, al mismo tiempo, derechos prestacionales y derechos fundamentales. La salud es un derecho y un servicio público de amplia configuración legal. Esta instancia ha ofrecido tres criterios para entender el derecho a la salud como un derecho fundamental: en razón de su conexidad con otros derechos fundamentales –cuando la desatención del enfermo amenaza con poner en peligro su derecho a la vida-, debido a su importancia frente a sujetos de especial protección constitucional –la protección es reforzada debido al grado de vulnerabilidad que en ocasiones debe enfrentar- y como derecho fundamental autónomo en relación con su contenido mínimo –implica que tratándose de la negación de un servicio, medicamento o procedimiento establecido por el Plan Obligatorio de Salud (POS), se estaría frente a una violación de un derecho fundamental. (Colombia – Defensoría del Pueblo, 2003)

Con relación a la situación especial de los habitantes en situación de calle (para el estado son definidos como *indigentes*), se reconoce que esta genera dificultades de accesibilidad económica en relación con el derecho a la salud. Como lo ha precisado la Corte Constitucional (Sentencia T-046 de 1997), la *indigencia* atenta contra la vigencia efectiva de los derechos fundamentales, por tal razón el estado debe intervenir de manera rápida y efectiva para garantizar su protección social.

“Acreditado el carácter de indigente absoluto – (i) incapacidad absoluta de la persona de valerse por sus propios medios; (ii) existencia de una necesidad vital cuya no satisfacción lesiona la dignidad humana en sumo grado; (iii) ausencia material de apoyo familiar – cabe reconocer en cabeza del sujeto y a cargo de la entidad pública respectiva, el derecho a recibir la prestación correspondiente, estableciendo –a la luz de las circunstancias- las cargas retributivas a su cargo (...).” (Sentencia T-533 de 1992)

Si la familia se encuentra en imposibilidad material de ayudar a uno de sus miembros, éstos no pueden quedar irremediablemente abandonados a su suerte. El estado debe encontrar alternativas jurídicas para garantizar que las personas en situación de *indigencia* puedan ejercer sus derechos y, al mismo tiempo, exigir el cumplimiento de las obligaciones que, frente a ellos, tengan los particulares.

Específicamente en algunas condiciones especiales: Se encuentra por ejemplo, la coexistencia de *retardo mental*, caso en el cual el estado debe proteger a las personas en circunstancias de debilidad manifiesta a causa de su condición mental, confiere a éstas el derecho de exigir una atención inmediata por parte de las autoridades en defensa del derecho inalienable a la vida y la salud. Y la *demonstración de debilidad manifiesta debido a enfermedades que las aquejan*, por ejemplo, ser portador del virus del SIDA, es el sistema de distribución del gasto público en materia de política social el que debe adecuarse a esta situación de debilidad manifiesta de los enfermos que sufren de afecciones epidémicas como ésta y no éstos a la regulación administrativa cuando soliciten atención de sus necesidades básicas en salud. Esta decisión está ya amparada por la misma Constitución Política de 1991 y la Ley 100 de 1993 (Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS), que reconocen como beneficiario del servicio público de seguridad social en salud a quien padece de una enfermedad catastrófica y mortal y no está afiliado al SGSSS por carecer de recursos económicos para contribuir o costear su tratamiento (Sentencia T-177 de 1998).

Por último, el derecho a la salud se fundamenta en tres tipos de obligaciones del estado frente a los derechos económicos, sociales y culturales:

1. Obligaciones con efecto inmediato y de cumplimiento progresivo: una obligación con efecto inmediato está el cumplir con los “niveles mínimos esenciales”, entre los cuales se debe garantizar el derecho de acceso sin discriminación a los centros, bienes y servicios de salud, especialmente en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
2. Obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios.
3. Obligaciones de respeto, protección y garantía, satisfacción o cumplimiento.

(Colombia – Defensoría del Pueblo, 2003)

Lo que significa que a los habitantes en situación de calle no sólo se les debe atender efectivamente –es decir tener acceso a los servicios-, sino que esos servicios sean adecuados a sus condiciones sociales y culturales, se les brinde una atención sanitaria con óptima calidad, un adecuado trato humano y sobre todo les resuelva la necesidad y finalmente se sientan satisfechos con el servicio.

REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE SALUD ENFERMEDAD

En este estudio se buscó hacer una aproximación inicial sobre las representaciones sociales que tienen los usuarios (habitantes en situación de calle) y los proveedores de los servicios (operadores del sistema de atención en situación de calle y personal de salud del sistema y de la IPS Buenos Aires, una institución prestadora pública que atiende una alta proporción de habitantes en situación de calle en la ciudad). Se indagó sobre los problemas de salud (enfermedad/muerte), búsqueda de ayuda y acciones realizadas en caso de no hacerlo, y por último, la valoración del proceso de atención.

1.1. ¿De qué se enferman?: - De tuberculosis, de puñalada

Con relación a las enfermedades de los habitantes en situación de calle, hay acuerdo entre los *hsc* y los operadores sistema de atención, que los principales problemas de salud son de tipo infeccioso y parasitario y las lesiones por causa violenta y accidental. Este perfil difiere del que presenta el promedio de los adultos habitantes de la ciudad de Medellín en el que además de la violencia que ocupa el primer lugar, le siguen las enfermedades crónicas y degenerativa – cardiovasculares, respiratorias, cáncer-, ocupando una baja proporción las de tipo infeccioso y nutricional. Los *hsc* sufren las enfermedades de la pobreza.

Las principales mencionadas son las infecciones respiratorias (tuberculosis, neumonía e influenza), de piel (pediculosis, escabiosis, impétigo) y de transmisión sexual (HIV/SIDA, uretritis gonocócica, sífilis).

Las lesiones personales principalmente por arma cortopunzante, por accidentes de tránsito (en su condición de peatones) y accidentes comunes (heridas con latas, vidrios).

Sin embargo hay una diferente percepción entre los diferentes actores, en primer lugar con relación a la forma de nombrar las enfermedades, los institucionales (operadores y personal de salud) usan un lenguaje técnico/científico a diferencia de los *hsc* que usan un lenguaje popular - *puñaladas, carranchil, piojos, llagas, gonorrea, chancro o pasador, gripa, lepra* (para referirse a cualquier infección cutánea)- y relatan también la presencia de síntomas generales o quejas como *dolor de cabeza, fiebre, malestar, dolor de muela, anemia, gastritis, asfixia*.

Los *hsc* asocian sus problemas de salud con causas externas derivadas de las malas condiciones físicas a las que se exponen por vivir en la calle, con frecuencia los vinculan con el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, *“el bazuco le da una enfermedad a uno adentro porque uno es metiendo eso y uno se va jodiendo la sangre de uno y se va cuajando. Yo, lo que a uno le da, eso le da a uno cáncer. Eso es lo que uno se va muriendo en vida... Acá hay un señor de esos, tiene una gallota así de grande en un pie, por tomar tanto trago”*; y por estar en condiciones de mayor vulnerabilidad o riesgo *“Una debilidad psíquica y una debilidad orgánica. Les producen anemia, otros sufren sífilis, otros sufren de gastritis.... Colesterol al hígado por tomar tanto alcohol. Y asfixia de fumar tanta marihuana y bazuca, y por tanto smog de los carros. Tanto hacinamiento entonces nos produce esto. Ah, y también las enfermedades de los ojos, sufren mucho de los ojos y accidentes de carros, más que todo minusválidos. Por ejemplo, aquí hay más de un muchacho que están enfermos, están cojos y mochos porque los chuzan. Y también infecciones porque por ahí reciclando se meten a esconder de la policía, se meten a un potrero, a un rastrojo y ahí se clavan un clavo, se cortan con un vidrio, entonces ahí le empieza la infección. Esas son las enfermedades de "los habitantes de calle"*.

Para los *hsc* la relación de las enfermedades con sus vidas muestran un cierto fatalismo, estas son poderosas, incurables y graves; tienen un escaso control sobre ellas, por sus condiciones de marginalidad las posibilidades de autocuidado son mínimas. Surgen elementos de autoestigmatización *“todos tuberculosos y todos leprosos”*, de naturalización de la violencia *“...son gripas, puñaladas o enfermedades venéreas. La cuestión de esas que son como piojo, algo*

así”, de temor a las infecciones de transmisión sexual “...por ejemplo la sífilis... ahí me disculpa la frase, la gonorrea, chancro o pasador que esa es más peligrosa todavía porque esa ya la experimenté, o sea que ya, hice varios exámenes, o sea, en los primeros auxilios cuando a nosotros nos enseñaron en Cartagena de Indias, nos dieron a conocer todas esas enfermedades. Y yo entre esas me cuido mucho!”.

Vale la pena resaltar tres aspectos particulares de los operadores, (i) considerar como relevante la presencia de trastornos mentales en los hsc, “...obviamente si vamos a tomar la dependencia de las sustancias psicoactivas como un trastorno mental, que así lo toma hay veces pues, la psiquiatría, es lo que más se da. Pero a nivel pues, como de dificultades para moverse en un entorno social, etc., etc. Podríamos nombrar las enfermedades del estado de ánimo y la esquizofrenia, como las enfermedades más comunes...”; (ii) tener la creencia de que los hsc tienen un sistema de defensa inmune superior, que por lo menos con relación a las infecciones comunes tendrían una menor vulnerabilidad. “..Ellos viven entre la basura y no les pasa nada!, tienen una resistencia impresionante a las condiciones más extremas, extremas pues, habidas y por haber. ¡Aguantan lo que sea! Entonces para ellos, que se les haga una enfermedad en las manos, es decir, comparado a nosotros que muy sanamente lo hablamos, “gente normal”, a nosotros en unas condiciones de esas, mejor dicho ¡nos lleva el carajo!”; (iii) responsabilizarlos de su situación “Enfermedades derivadas del estilo de vida, de la falta de higiene y de aseo personal...”, “ITS (infecciones de transmisión sexual), porque, obvio, ellos en medio de su proceso sufren de un altísimo grado de promiscuidad en ese sentido...”, “...producidas por la misma agresión entre ellos, como puñaladas”; “..en algunas otras ocasiones, también usan su enfermedad como alguna forma de mendicidad para obtener dinero y no sé, utilizarlo en otras cosas”.

Con relación a este último aspecto, tomo a recorda Las intervenciones institucionales que se centran exclusivamente en los individuos, los despojan de su condición social; se interviene entonces sobre individuos descolectivizados, des-socializándolos y auto responsabilizándolos de su situación. (Bialakowsky A, Reynals C, Zagami M, Crudi R, Costa MI, Haimovici N, 2004).

1.2. ¿De se mueren?: - Pues de lo mismo

Un primer comentario es con relación a la percepción de que la enfermedad y muerte son expresiones de un mismo fenómeno, esta visión fatalista del problema posiblemente sea debida a las condiciones de exclusión que comparten los *hsc* en la ciudad. Pues lo común, para los colombianos es que las enfermedades más comunes sean benignas, muchas de ellas autolimitadas, que no requieren atención médica o que en el caso de ser atendidas adecuadamente no generan complicaciones, discapacidad o muerte. Parece que esto no ocurre con los *hsc*. Lo que nos podría llevar a reflexionar acerca de la existencia de un “*continuum social de exclusión-extinción (extermino)*”, como la han referido autores como Alberto Bialakowsky, Robert Castel, Michael Foucault, Zygmunt Bauman y Sonia Fleury.

La violencia es la principal causa de muerte de los *hsc*, podríamos pensar que es lo esperado en la ciudad ya que en desde hace quince años atrás esta también ha ocupado el primer lugar entre los jóvenes y adultos. No obstante, la muerte tiene unas características distintas, encontrando discrepancia entre las visiones del problema por parte de los actores. Para los operadores están vinculadas principalmente a agresiones o riñas entre pares como su forma común de resolución de conflictos “... *por riñas, por líos que se forman entre ellos, entre los mismos guetos, creo que en primera instancia... es por herida, muerte contundente por armas, riñas, peleas, cazados, culebras, que ellos llaman. Es creo una de las causales. Donde los cogen dormidos y les pegan, como los llaman ellos, hasta lesionarlos pues de muerte*”. Y para los *hsc* están asociadas primordialmente a operaciones de limpieza social en la ciudad “*Las causas comunes de muerte de los indigentes, últimamente, son con los paracos... paramilitares. Y la pelea entre ellos en las ollas por un desacuerdo de un bazuco o porque este le debe una plata al otro. Eso más que todo. Y los carros que los están matando. ...Vea, así le mataron la hermanita a CT. Se la mató un grosero en un carro, pasó por San Juan, como la vio borracha, entonces seguro yo digo fue eso. La vio toda borrachita, que ella tomaba mucho alcohol y fumaba mucha pipa...*”. “...*los celadores que están muy, muy bien entrenados y los pagan los propiamente los habitantes de los barrios para acabar con toda aquella persona que se acuesta cansada, en un andén, y llegan estos, digámoslo así... porque yo propiamente he visto matar a punta de palo a callejeros, de parte de los convivires, de parte de los celadores*”. No obstante, para los dos hay un acuerdo con la importancia del consumo de drogas.

Otra forma distinta de expresión del problema es el tipo de armas que ocasionan las lesiones que los llevan a la muerte, en la ciudad han predominado las armas de fuego, sin embargo los *hsc* son ocasionadas por armas cortopunzantes (cuchichos) y por contundentes (garrotes, palos, piedras); lo que muestra por un lado la disponibilidad de armas en la calle y por otro la ausencia o falta de oportunidad de la atención médica –lo usual es que estas heridas son menos letales que las producidas por armas de fuego-.

Otras formas de morir de los *hsc* son las debidas a complicaciones de enfermedades infecciosas – tuberculosis, SIDA, Hepatitis B- por diagnóstico tardío e interrupción de tratamiento. Algunos operadores culpabilizan a los *hsc* por esto. “...enfermedades que verdaderamente si se le pega a la persona y por descuido, ya corre es por su cuenta, por su propia responsabilidad”, “...se han presentado algunos casos de pacientes o de usuarios del programa con tuberculosis en 3º grado que ya prácticamente se toman casi como pacientes terminales. O en algunos casos, usuarios que les detectaron la tuberculosis en el 2º Grado o en el 1º y no fueron juiciosos o no llevaron el tratamiento adecuadamente y eso implica pues, un riesgo enorme para su vida”.

1.3. *¿Buscan ayuda?: - Se curan solos...o prefieren morir mejor.*

Es común que en caso de enfermedad los *hsc* no busquen ayuda o lo hacen de manera tardía, ¿podría ser otra expresión de ese *contium social de exclusión-extinción*?

“Hay gente que de pronto se cura sola... O no, se dejan...prefieren morir mejor... Yo he tenido muchos amigos que se enferman de consumir drogas y alcohol, y no vienen ni aquí ni a bañasen, ni a que les den una pastilla, sino que viven por ahí durmiendo día noche y entonces... Se van muriendo lentamente. No, ayuda no buscan. Cuando menos piensa, los encuentra uno ya tiesos ahí tirados en el suelo” (*hsc*). “...se aguantan el dolor y con la droga, mantienen como encalambrao el dolor y eso, y no les...pues, mantienen la enfermedad como ahí, pasmada, la enfermedad”(hsc). “Pues, en momentos, aguantarse uno el dolor que tenga o la enfermedad que tenga...” (*hsc*). “Ellos son muy dejaditos. Hay unos que no se preocupan mucho por su salud”.(*opd*) “...a no ser que sea algo pues, como muy mortal”. (*opd*)

Por otra parte, es común que los *hsc* se brinden ayuda entre ellos mismos “Ellos manejan un grado de solidaridad entre ellos mismos pero no como que se ayuden a curarse, sino que de pronto remiten o informan. Nos informan a nosotros o llaman a un policía: “vea, hay un habitante allá”, o “un señor que se murió anoche allí en aquel lugar”. En eso sí ellos son como muy solidarios” (*opd*), conocen que tienen derecho a ser atendidos en las instituciones públicas de salud “tenemos carnet del SISBEN” y conocen los servicios que brinda el sistema de atención a los *hsc* “...El que pueda llegar, llega a Centro Día y el que, como yo, que soy una persona como más despierta, voy directamente al hospital”. “Cuando una persona está demasiado enferma, la llevan para Calor de Hogar”.

1.4. ¿Y cómo los atienden?: - Bien pero mal, los discriminan

No hay acuerdo entre los *hsc* y los operadores acerca de la percepción tienen ellos de la atención recibida en salud.

En general los *hsc* se sienten bien atendidos, con respeto, en el caso de gravedad no los rechazan, si tienen SISBEN los atienden. No obstante, como se verá más adelante si existen dificultades en el proceso de atención en salud.

La valoración “positiva”, ausente de quejas sobre la atención recibida, podría significar la postura pasiva del *hsc* que en su condición de excluido no interpela a las instituciones. En ese mismo sentido, Saul Karsz señala que una consecuencia de esta condición es que las personas se sientan al margen a pesar de estar ahí, que no se sientan plenamente ciudadanos aún a pesar de tener sus documentos oficiales, y que se sientan desamparados u olvidados por la sociedad: sin filiación ni vínculos (Karsz, 2004).

Los operadores relatan la presencia de problemas atribuibles a los usuarios “El problema es...cómo se adaptan ellos a cada tratamiento, a cada proceso, a cada institución... Hay problemas con la norma y con lo que es... el encajar con la... con la disciplina, cierto. Encajar con lo que es la dinámica de cada institución”, “...por su condición, es enfermiza crónicamente

demandante y quiere todo pa' ya. Entonces ahí es dónde se forma el conflicto”; y otras atribuibles al los proveedores de los servicios de salud, *”verdaderamente hay una discriminación porque los dejan de últimos...”, “...Si hay una remisión interinstitucional la atención es, más formal; si van por sus propios medios casi siempre los reciben con algo de rechazo si no es algo delicado, algo grave”, “...respecto a la enfermedad mental, sí hay un faltante o unas dificultades que siguen siendo muy recurrentes,... no está siendo eficientemente atendida por la red”.*

CONDICIONES DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS

En el presente estudio, se centra la atención en el componente de la *cultura de la salud*, buscando indagar ¿qué consideran problema?, ¿qué hacen frente a él, qué tanto demanda los servicios?, y ¿cómo es percibida la atención recibida?, tanto desde la perspectiva de los usuarios –habitantes en situación de calle- como de los proveedores de los servicios. El componente cultural es uno de los principales determinantes no sólo de la morbilidad sentida, sino del acceso a los servicios de salud (Arredondo A, Meléndez V, 1992). Estos aspectos ya fueron descritos en el apartado anterior “representaciones sociales de salud/enfermedad”.

A continuación se describen los resultados sobre el problema del derecho de la salud en los habitantes en situación de calle. Se exploraron los siguientes aspectos: ¿cómo es percibido el habitante en situación de calle como usuario?, ¿qué conocimientos tienen sobre las normas y procedimientos para la atención?, ¿cuál es la red de servicios provista para atenderlos?, ¿qué dificultades se presentan en la atención?, y ¿qué propuestas formulan para mejorar tanto las condiciones de salud de esta población, como la prestación de los servicios?; desde la perspectiva de los actores institucionales -personal sanitario del sistema de atención en situación de calle y de una de las principales instituciones prestadoras de servicios de salud de la ciudad (IPS Buenos Aires)-.

2.1. ¿Cómo son como usuarios?: - Demandantes, muy difíciles

El personal de salud tanto el perteneciente al Sistema de atención del *hsc* como el de la IPS, utilizan un sinnúmero de adjetivos negativos para valorar al *hsc* como usuario de los servicios, por ejemplo: *Cómodos, demandantes, inmediatistas, violentos, difíciles, hostiles, agresivos, ignorantes, exigentes, resentidos, desaliñados, mal olientes, indiferentes, inquietos, indisciplinados, groseros, manipuladores, hostiles, intimidantes, cochinos, perezosos, descuidados.*

Soportan esta forma peyorativa de valorarlos al menos con cinco tipos de argumentos: (i) Los *hsc* no se acomodan a las reglas institucionales que han sido dispuestas para brindar la atención a los usuarios (los servicios brindados dentro del Sistema son específicamente configurados para ellos y en las IPS públicas se establecen normas generales para todos). *“...ellos identifican las instituciones... como un lugar donde se les cohibe, se les reprime. Y es frecuente que ellos, por decir algo, nunca terminen un tratamiento. Están hospitalizados y ¿qué pasó con el paciente?, ¡ah se voló ayer”, “No les gusta hacer fila...”, “...utilizan los servicios inadecuadamente”, “...no siguen los tratamientos adecuadamente”, “...no les gusta que uno les de órdenes”, “roban”, “...no quieren sino ellos hacer y deshacer, como si estuvieran en la calle”, “...demandan el servicio a la hora que sea, ...no importa la patología sino que se le ocurrió consultar”, “...muchas veces son muy inquietos en cuanto al orden”, “...muchos se citan para consulta, no asisten o se van a otros hospitales, eso no permite llevar un adecuado control médico”. (ii) Porque consumen alcohol y otras sustancias psicoactivas. *“...por la misma drogadicción, ellos llega un momento en el cual el síndrome de abstinencia es tan severo que les obliga irse de la institución para poder buscar la posibilidad de consumir sus drogas...”, “...al estar bajo presión y bajo influencias de sustancias, son personas demasiado violentas”. (iii) Por su estilo de vida. “...llega vuelto nada y no tiene pues, como autocuidado, ni conciencia pues, de cuidado o de quererse, o del riesgo... sólo quieren que les resuelvan el dolor, no les importa la causa. Uno muchas veces les explica qué tienen que hacer, como hábitos de vida saludable que tienen que modificar pero es predicar en el desierto... porque ellos están en pro de otra cosa, de pasarla chévere o de estar ahí con su modo de vivir como pueden, ¿cierto? Sobrevivir, más que vivir”. (iv) Por sus carencias afectivas y físicas. *“muchos quieren ser atendidos todos los días... Pero es que ellos incluso asumen... como que ya me atendieron, ya me pararon bolas, ya soy importante y aunque no tome sino hoy lo que me dio el médico,... El hecho de que uno hable con ellos, les de***

la mano, que los salude, ya con eso se gana el respeto de ellos. Es decir, sentirse como aceptados en su condición y que no son rechazados”. “...tratan de lograr una hospitalización no más que por tener un techo, una comida... Es común. Algunos pacientes llegan alrededor de las 9, 10 pm, son usualmente pacientes que tienen...problemas pulmonares y que ya ellos saben cómo manejar su situación y vienen aduciendo que están asfixiados. Y aunque usted los escuche bien...se tienen que quedar...sobretudo si la noche es lluviosa y muy fría.” (v) Como respuesta a la discriminación que reciben en el servicio de salud. “...hay mucho rechazo también del personal que los maneja, entonces se generan roces y fricciones que terminan impidiendo el que haya un buen trato y una buena culminación de los tratamientos con ellos”, “Sí, a veces es complicado el manejo de estos pacientes por esa agresividad que se maneja de parte y parte, porque yo no voy a sacar en limpio al personal de salud también”.

El personal de salud busca alternativas para enfrentar esta situación de dificultad en la relación con el *hsc* como usuario del servicio y desarrolla estrategias principalmente normativas y disciplinarias. “Uno tiene que aprender a manejarlos y ponerles límites”, “No dejarse manipular sino cambiarles el contexto y el papel que ellos se centren y se den cuenta que las cosas no son como ellos quieren”, “Educación al acceso al servicio de salud”, “Al habitante primero hay que darle unas normas y la primera norma aquí es: todo mundo se baña, vamos a entrar donde el médico...”, “...uno tiene que poner cierta autoridad para que ellos aprendan que la norma hay que respetarla”.

Otra manera no inusual es el uso de diminutivos (tienen la cualidad de disminuir o reducir a menos) por parte de los funcionarios de salud para referirse a ellos, “*pobrecitos*”, “*enfermitos mentales*”, “*pacienticos*”.

Por último, el personal de salud la IPS nos habla de la presencia de *hsc* que no llegan por su propia cuenta al servicio de salud, sino que son llevados por otros. Entra a asumir el papel de usuario “por accidente”. “Aquí llegan los bomberos, recogen a una persona que encuentra debajo de un puente, sin tomar ninguna información de quienes estén cerca de él ni nada, sino que aquí lo instalan en una camilla ¡y salen y se van! La Cruz Roja, lo mismo; el 1-2-3 Social, también vienen y nos tiran los pacientes aquí. ...llegan pacientes en unas condiciones pero

¡lamentables!, y nadie sabe nada de ellos, nadie sabe. No tienen documentos de identidad, nadie sabe qué le pasó, si puede estar intoxicado, si puede estar golpeado... ¡nadie sabe nada! Simplemente, nos toca allí examinar y adivinar porque es muy difícil la asistencia”.

Como podemos ver, en la lectura de estas entrevistas se hacen visibles dos características comunes de las instituciones sociales, el “poder” y el “control”, ante las cuales se estructuran las tensiones entre los proveedores de los servicios (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería) y los usuarios de estos (*hsc*). Las instituciones soportan instrumentos de poder que modulan la socialización y la subjetivación del sujeto; pudiendo mediar formas paradójicas de exclusión. (Bialakowsky A, Grima JM, Rosendo E, Costa MI, Crudi R, Xiques M, Haimovici N, 2003). Así mismo, desde una perspectiva sociológica, autores como Gilles Deleuze, Robert Castel y Zigmunt Bauman, señalan que se ha pasado de las sociedades disciplinarias a las sociedades de control. (Bialakowsky A, Grima JM, Rosendo E, Costa MI, Haimovici N, 2001-2002)

2.2. ¿Cuáles son las normas y los procedimientos?: - ¡Ley 100 ventida!

El personal de salud tiene un conocimiento básico acerca de la normatividad establecida para atenderlos dentro de la Ley 100 de 1993 -Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)-. Reconocen el derecho que los *hsc* tienen de ser atendidos gratuitamente y acceder sin restricciones en caso de urgencias. La mayoría conocen las normas y los procedimientos, saben de la necesidad que tienen los *hsc* de ser identificados para poder ser atendidos como “población especial” por parte de las IPS públicas de la ciudad con cargo a los recursos del estado; lo que significa tener cédula de ciudadanía y estar registrado en el Listado Censal de Indigencia administrado por la Secretaría de Bienestar Social. De manera que la identificación es un asunto crucial, pues determina la forma de acceso al Sistema de Salud, pues de esto depende la facturación del servicio, quién se hace cargo de los costos.

“Lo único, lo único es que para el Sistema de Salud es prioritario quién paga, ¿cierto?, quién reconoce, quién subsidia. Entonces en ese sentido, a veces al ingreso, hay dificultades porque no están legalmente reconocidos en el grupo poblacional de la calle”.

“Para poder acceder a este servicio ellos simplemente dan su nombre, su cédula y se verifica en el computador porque ellos están pues, en una base de datos. Se verifica a qué afiliación pertenecen y dependiendo si registran o no, se atienden por este... convenio con Secretaría de Bienestar y la Secretaría de Salud, de manera gratuita, ¿cierto?, en el servicio de urgencias y de consulta externa..Entonces esta es la forma como se atienden, obviamente previa evaluación del trabajo social para ver si son "habitantes de calle" o están metiendo el golazo”.

El Sistema de atención al hsc provee el servicio de manera directa a los hsc que lo requieren o lo solicitan por fuera del Sistema de salud. No obstante es bastante restringido y desde el Centro Día se asumen actividades administrativas de apoyo a los hsc como es el traslado a los servicios, la remisión a atenciones de segundo o tercer nivel de complejidad.

2.3. ¿Qué dificultades tienen? – las normas, los requisitos

Los funcionarios del Sistema y de la IPS identifican dificultades:

Reglamentación del Sistema: La complejidad y extensión de la reglamentación en salud hace difícil a los funcionarios tener una adecuada comprensión del tema; por ejemplo en las entrevistas se encontraron informaciones dispares (correctas e incorrectas) con relación a algunos aspectos, lo que puede generar obstáculos en los procesos para con los usuarios y dificultades de coordinación interinstitucional. *“Tienen todo, son los reyes del SISBEN, así de simple”, “Hasta donde nosotros se nos ha informado, el paciente que viene como indigente, que es el "habitante de calle", se debe atender y pues, los atienden estas instituciones de forma gratuita”, “la dificultad grande radica en la parte de los copagos, en la cuota moderadora que se le cobra a estas personas y que ellos no están, digamos no en capacidad, sino que no tienen la voluntad de asumir muchas veces porque un copago de \$1000, frente a dos bazucos de \$2000...”*

Identificación: Retraso en el proceso de atención por la necesidad de verificación del requisito de identificación. *“Generalmente están en un sistema, algunos de ellos debido a sus condiciones niegan, muchas veces porque tienen problemas con la justicia y niegan la identidad. Sin embargo, se atienden pero se demora más la atención debido a que se busca que esté en el*

sistema para poder identificarlo y buscar que la persona como que se apropie de sus necesidades”, “Y si no tiene, como te decía, requiere que lo notifiquemos allá a Centro Día, la Secretaría de Bienestar expide una autorización para que por esa hospitalización o evento, ellos cargan a la cuenta de ellos, cargan la atención”, “...entonces toca esperar a que vengan del 1-2-3 a mirar si realmente reúne las condiciones de indigencia y le den una carta de indigencia. Eso es parte de la tramitomanía que nos ha metido a todos en la Ley de Seguridad Social en que estamos”.

Información: Desconocimiento de los procedimientos institucionales por parte de los hsc. “...hay mucho problema por la vía de entrada a la atención de los servicios. Es decir, llegan pacientes urgentes, por consulta externa,... O en urgencias, se encuentra uno el paciente que consulta... que no es una urgencia... ellos no tienen información respecto a la forma, la vía de ingreso a la institución y los que los traen,... los dejan ahí tirados”, “Entonces ellos tienen muchas garantías pero a veces no las aprovechan y a nivel de salud tienen muchas garantías. Pero ellos no, no, yo no sé si la gran mayoría los desconozca pero los que saben no hacen uso de los servicios”.

Procesos de remisión: Los trámites excesivos para los procesos de remisión a consulta especializada retrasan la atención. “...una persona que tenga...un problema crónico...se trata, ya sea aquí en el servicio de Centro Día o en la Unidad Intermedia con medicamentos mientras se hace la orden para que lo vea el especialista que sea..., a la orden se le anexa la cédula o la denuncia de la cédula....Una vez se consiga...se manda esto a Centro Día para que allá se verifique si sí es realmente "habitante de calle". De ahí se manda un paquete a la Alpujarra,... se verifica si lo que se pidió, si hay plata, si hay contrato. De ahí se manda a una cosa que se llama el CISA que queda por el aeropuerto, donde ya se asigna la cita. Entonces dicen "la cita le quedó en tal hospital a tal hora" y de ahí se devuelve a nosotros para informarle al paciente cuándo es la cita y en qué condiciones debe de ir y todo lo demás...Las trabas, como les digo, que el paciente, por ejemplo, muchas veces ya llegó la respuesta de la cita, se demora más o menos uno o dos meses y cuando llegó, ellos son como tan... nómadas...ya se fue o, pues, tienen... tan complicado o ya los operaron porque están en una balacera o alguna cosa o ya se murió. Entonces, ¿cierto?, el proceso se pierde...”, “...más o menos se tardan entre 2 y 3 meses para la autorización, cuando autorizan. Porque hay veces que dicen no y quedan en espera y esa

espera puede ser una espera indefinida. Entonces, no niegan el servicio sino que se quedan en espera, los pacientes permanecen pendientes”.

Normas institucionales: Desencuentro entre la institución y los hsc. “...esto es una escuela de normas en salud. Esto aquí, para estar adentro, hay que seguir la norma, hay que seguir la norma en el reposo, hay que seguir la norma en los cuidados físicos del baño, la ducha, el cambio de posición, la curación. Hay que seguir la norma en la administración de los medicamentos, hay que seguir la norma en la dieta. Hay que seguir la norma en el aislamiento. Aquí hay muchas normas, sí, para poder garantizar el cuidado de ellos y el cuidado de todos nosotros, tanto los que prestamos servicios como los que están con otra patología. ¡Y a ellos eso no les gusta!

Coordinación interinstitucional: Los funcionarios de la IPS relatan la presencia problemas con otras instituciones de la ciudad con relación a la delimitación de responsabilidades con el hsc en el proceso de atención. “En cuanto al personal del 1-2-3 ¡porque los tratan como animales!. Vienen y los descargan aquí sin importarles nada, o sea, que les importara un poquito más la salud de ellos. No llegar y tirarlos a un servicio y botarlos, “Ah, ya nos desencartamos de él, no”, “un grupo del 1-2-3 y gente de Centro Día, que son los encargados de recoger estas personas y traerlas...porque ellos nos los traen de cualquier forma, sucios, popociados, como lo encuentran en la calle lo trae...hemos tenido encuentros, encontrones, muy feos porque ellos dicen que la función de ellos es recogerlos... ¡traen una jaulada con 5, 6, ahí los ponen a filar solos. El paciente no sabe ni dónde está parado. Y ellos: esto no me toca a mí, no me toca a mí, ¿entonces a quién le toca? A nosotros pues, supuestamente, no...”

2.4. ¿Qué propuestas tienen?: - Modificar la ley y el modelo de atención

- Modificar la Ley 100 adecuándola a las necesidades del hsc.
- Modificar el modelo de atención, implementando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Garantizar el acceso universal y gratuito a los servicios de salud, con calidad, la salud como derecho, considerar al hsc como un ciudadano.

- Mayor integralidad en la atención introduciendo intervención en rehabilitación.
- Mejorar el trato humano con los *hsc*
- El Sistema de Atención del *hsc* asuma la atención del primer nivel de complejidad, como una IPS con todos los requisitos de calidad para brindar los servicios.

CONCLUSIONES

1. Los habitantes en situación de calle de la ciudad se enferman y mueren principalmente por problemas infecciosos y por causas violentas.

2. El personal de salud tiene una valoración muy negativa del *hsc* lo cual conlleva a reproducción de condiciones institucionales de exclusión social.

3. El sistema de salud no está adecuado a las necesidades o realidad social de los *hsc*, generando serias limitaciones con relación a la garantía del acceso a la salud como derecho.

BIBLIOGRAFÍA

- ABRIC, J-C. (1994) *Pratiques sociales et représentations*. PUG, Paris.
- ABRIC, J-C. (2003) L'analyse structurale des représentations sociales. In: Moscovici et Buschini. *Les méthodes des sciences humaines*. Puf fondamentale, Paris.
- ARREDONDO A, MELÉNDEZ V. (1991) Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*; 34(1):36-48
- DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE COLOMBIA. (2003) El derecho a la salud. En la constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales. Bogotá: Defensoría del pueblo de Colombia.
- ECHEVERRI ME. (2004) Estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la Ley 100/93. *La salud al derecho*. Medellín. Págs. 75-120
- FISCHER, G-N. (1997). *La psychologie sociale*. Editions du seuil, Paris.
- FLAMANT, C. ROUQUETTE, M. L. (2003) *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Armand Colin, Paris.
- FREUDEMBERGER H. (1974) Staff burn-out. *J Soc Issues*; 30 (1): 159-165. En: Gil-Monte P, Peiró J. *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.;1997.
- JODELET, D. (1989) *Les représentations sociales*. PUF, Paris.
- MASLACH, C. Test Developed: The Maslach Burnout Inventory. 2001. <http://www.mhhe.com/mayfieldpub/psychtesting/profiles/maslach.htm> (Fecha de consulta: mayo de 2006)
- ORREGO D. (2001) Indigentes no certificados engrosan pérdidas hospitalarias. <http://www.periodicoelpulso.com/html/mayo01/general/general8.htm> Periódico El Pulso. Medellín, Año 3, N° 32. (Fecha de consulta: abril de 2006).
- Bialakowsky A, Reynals C, Zagami M, Crudi R, Costa MI, Haimovici N, (2004). Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales en núcleos urbanos segregados. En: Mota L y Cattani A (coords). *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina: nuevas perspectivas analíticas*. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Estudios

sobre Marginación y Pobreza del Estado de México, Universidad do Rio Grande do Sul, Asociación Latinoamericana de Sociología. México, págs. 101-142.

Bauman Z, 2003. El Gueto como referencia. En Comunidad: en busca de seguridad en un mundo hostil. Siglo XXI Editores, Madrid, págs. 131-145.

Castel R, 1998. La lógica de la exclusión. En: Bustelo E, Minujin A (editores). Todos entran. Propuesta para sociedades incluyentes. UNICEF, Editorial Santillana S.A., Santafé de Bogotá, págs: 119-160.

Fannon F, 1979. Os condenados da terra. 2ª edición. Ed. Civilizacao Brasileira, Rio de Janeiro. Citado por Fleury S, 2003. La expansión de la ciudadanía. pág. 171.

Fleury S, 2003. La expansión de la ciudadanía. En: Bogotá D.C./Departamento Administrativo de Bienestar Social, Universidad Javeriana/Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales. Inclusión social y nuevas ciudadanía: condiciones para la convivencia y la sociedad democrática. Memorias Seminario Internacional, Bogotá, págs. 167-193.

Foucault M, 2000. Los anormales. Curso en el College de France (1974-1975). Fondo de Cultura Económica, México.

Karsz S, 2004. La exclusión: concepto falso, problema verdadero. En: Karsz S (comp.) La exclusión: bordeando sus fronteras. Editorial Gedisa S.A., Barcelona, págs. 133-214.

Arendt, Hannah. Qué es la política. Barcelona, Paidós, 1997

Banco Asiático de Desarrollo, Legal Empowerment: Advancing Good Governance and Poverty Reduction, Overview Report, 2001

Held, David. La Democracia y el Orden Global: del Estado Moderno al Orden Cosmopolita. Ed. Paidós. Barcelona. 1997. Pg 266

Lyotard, Jean Francois. La Postmodernidad (explicada a los Niños).. Ed. Gedisa. Barcelona.1995.

Uribe de Hincapié, María Teresa. "Ética y Política". Estudios Políticos, No. 1. Medellín, Universidad de Antioquia, Instituto de Estudios Políticos, enero-junio 1992. pp. 67-69.

Aday LA y Andersen R, 1983. Exploring dimension of access to medical care. En: Health Services Research. Vol 18 (1): 51

Arredondo A, Meléndez V, 1991. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*; 34(1):36-48

Bialakowsky A, Grima JM, Rosendo E, Costa MI, Haimovici N, 2001-2002. Los silencios de la economía. *Laboratorio: Revista de Facultad de Ciencias Sociales/ SIMEL Buenos Aires UBA*, Año 4, N° 8, Verano, págs. 5-10.

Bialakowsky A, Grima JM, Rosendo E, Costa MI, Crudi R, Xiques M, Haimovici N, 2003. Procesos sociales de trabajo en instituciones públicas: Actores bifrontes. *Encrucijadas: Revista de la Universidad de Buenos Aires*, N° 23, septiembre, págs. 38-48.

Bialakowsky A, Reynals C, Zagami M, Crudi R, Costa MI, Haimovici N, 2004. Procesos sociales de exclusión-extinción. Comprender y coproducir en las prácticas institucionales en núcleos urbanos segregados. En: Mota L y Cattani A (coords). *Desigualdad, pobreza, exclusión y vulnerabilidad en América Latina: nuevas perspectivas analíticas*. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública, Universidad Autónoma del Estado de México, Centro de Estudios sobre Marginación y Pobreza del Estado de México, Universidad do Rio Grande do Sul, Asociación Latinoamericana de Sociología. México, págs. 101-142.

Colombia – Defensoría del Pueblo, 2003. El derecho a la salud. La Constitución, la Jurisprudencia y los Instrumentos Internacionales. Serie des. Defensoría del Pueblo, Bogotá.

Domínguez M, 1991. Concepto de salud y enfermedad. En: Piédrola G, Del Rey J, Domínguez M. *Medicina preventiva y salud pública*. 9 ed. Barcelona: Mason.

Echeverri ME, 2004. Estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la ley 100/93. *La salud al derecho*. Medellín: 75-120

Foucault M, 1966. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo XXI.

García de Alba-García J, 2002. Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico-paciente con tuberculosis pulmonar en el occidente de México. Gaceta Médica de México, Vol. 138, N° 2: 211-216.

Gómez RD, SF. La noción de enfermedad. En: Entorno Virtual de Aprendizaje EVA. Epidemiología para la Salud Pública. Curso Introducción a la Salud Pública. Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. <http://guajiros.udea.edu.co/Eva/> (Fecha de consulta: noviembre de 2006)

Karsz S, 2004. La exclusión: concepto falso, problema verdadero. En: Karsz S (comp.) La exclusión: bordeando sus fronteras. Editorial Gedisa S.A., Barcelona, págs. 133-214.

Schapiro M, 1993. Representaciones del proceso de salud-enfermedad y la valoración de la atención médica desde la perspectiva de la mujer. Cuadernos Médico Sociales, N° 65-66: 41-54

Viveros M, 1993. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. Revista Colombiana de Antropología, Vol. XXX: 239-260

Yepes CE, 2002. Encuentros dispares generadores de dependencia en la atención en salud: estudio cualitativo sobre la percepción de la calidad en salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 20, N° 1: 9-22