

Título do capítulo	CAPÍTULO 5 – CENTROS DE ESCUCHA EN COLOMBIA: POLÍTICAS Y ESCENARIOS PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN COMUNIDADES LOCALES
Autores(as)	Andrés Góngora Johanna Salazar Ramiro Borja
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9/cap5
Título do livro	ALTERNATIVAS DE CUIDADO A USUÁRIOS DE DROGAS NA AMÉRICA LATINA: DESAFIOS E POSSIBILIDADES DE AÇÃO PÚBLICA
Organizadores(as)	Roberto Pires Maria Paula Santos
Volume	-
Série	-
Cidade	Brasília
Editoras	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea); Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)
Ano	2021
Edição	-
ISBN	978-65-5635-018-9
DOI	http://dx.doi.org/10.38116/978-65-5635-018-9

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – ipea 2021

As publicações do Ipea estão disponíveis para download gratuito nos formatos PDF (todas) e EPUB (livros e periódicos). Acesso: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e inteira responsabilidade dos autores, não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou do Ministério da Economia.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

CENTROS DE ESCUCHA EN COLOMBIA: POLÍTICAS Y ESCENARIOS PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN COMUNIDADES LOCALES

Andrés Góngora¹

Johanna Salazar²

Ramiro Borja³

1 INTRODUCCIÓN

En este capítulo le seguimos la pista a las transformaciones e implementación de un modelo para intervenir situaciones de sufrimiento social (incluyendo el consumo problemático de drogas) denominado *Epistemología de la Complejidad Ética y Comunitaria* (ECO2)⁴ y a una de sus derivaciones, el *Tratamiento Basado en la Comunidad* (CBT, por sus siglas en inglés). En Colombia dichas estrategias constituyeron el marco teórico y técnico del *Modelo de inclusión social para personas consumidoras de SPA* desarrollado en 2007 como parte integral de la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto (PNRC). Actualmente, los fundamentos del ECO2 y del CBT forman parte de los modelos de atención implementados por buena parte de las organizaciones que desarrollan proyectos con enfoque de reducción de riesgos y daños y han sido incorporados en las líneas de acción de la más reciente política para la prevención y atención del consumo de drogas (Colombia, 2019). Desde el punto de vista de los sistemas y políticas de salud, el ECO2 y el CBT parten de tres premisas: en primer lugar, que es imposible pensar “un mundo sin drogas” y que en consecuencia los tratamientos no pueden tener como punto de partida la abstinencia; en segundo lugar, que el Estado y los servicios de salud deben proveer a los usuarios de drogas de los medios para que el consumo sea lo menos perjudicial posible y en tercer lugar, que la mitigación de las consecuencias

1. Doctor en antropología social por el Programa de Pósgrado em Antropologia Social del Museo Nacional (PPGAS/ Museu Nacional) de la Universidad Federal del Rio de Janeiro (UFRJ); y consultor bajo el Programa de Cooperación de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Ipea.

2. Graduada en Antropología por la Universidad Nacional de Colombia.

3. Máster en biopolítica global por la Universidad de Laponia.

4. Su hipótesis de partida es que la red social de una persona “altamente vulnerable” al abuso de drogas está constituida por relaciones que ponen en riesgo su salud y su integridad física. De ahí que modificando la estructura y las características de esta red (es decir interviniendo a la comunidad y no solamente al individuo) pueden superarse la exclusión y el sufrimiento social desencadenados por la interacción entre personas y drogas. La historia detallada y los fundamentos de este modelo pueden encontrarse en Machín (2010); sobre su incidencia política en América Latina véase Machín (2011).

nocivas del uso de drogas se facilita significativamente si se modifica el tipo y la estructura de relaciones que componen las redes sociales de cada individuo (Góngora, 2012; Fergusson y Góngora, 2012).

El texto está dividido en tres secciones, más allá de esta introducción y de las conclusiones. En sección 2, presentamos una aproximación histórica, basada en fuentes secundarias, a las políticas de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia. En esta revisión se describen los desarrollos legislativos realizados durante los siglos XX y XXI en términos de reducción de la demanda de drogas, así como del control y manejo de los problemas de gobierno relacionados con dichas sustancias.⁵ Un punto de inflexión en esta historia es la llegada de la reducción de daños a Colombia hacia el año 2000 y su posterior adopción como tecnología de gobierno. Esta manera de entender la relación entre personas y drogas tomó forma institucional en la Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, lanzada en el año 2007 como alternativa a los enfoques exclusivamente punitivos y medicalizados (Góngora, 2016). Las transformaciones y ajustes hechos a los modelos, servicios y estrategias de atención, desde la redacción de la política nacional de 2007, hasta su última actualización realizada a comienzos de 2019, serán objeto de discusión al final de esta sección. Por fin, son presentadas las conclusiones finales.

En la sección 3, que antecede a la presentación de los estudios de caso, analizamos los antecedentes históricos y los principios teóricos y metodológicos del ECO2 y del CBT. Con el propósito de facilitar la comprensión de los datos de campo presentados en la siguiente sección, nos detendremos en las transformaciones que han tenido estos modelos en Colombia, evidenciando la singularidad de los escenarios locales y la manera creativa en que los equipos de operadores y técnicos han adaptado estas estrategias de intervención social a la dinámica de sus comunidades.

En la sección 4 describimos algunas prácticas por medio de las cuales se implementa la política de reducción del consumo en Colombia en tres dispositivos comunitarios de inclusión social. Para esto se analizó, por un lado, la experiencia de creación cultural y reducción de daños del Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y Juventud (Idipron) y el colectivo *Free Soul* en Bogotá y, por otro lado, el trabajo de un centro de escucha y del programa de reducción de riesgos y daños dirigidos por la Corporación Viviendo en la ciudad de Cali. En ambas ciudades se realizaron observaciones de campo sistemáticas, se elaboraron registros fotográficos y se revisaron documentos digitales e impresos relacionados con la operación cotidiana de los servicios mencionados. Los hallazgos permiten ofrecer un panorama sobre la potencialidad de este tipo de dispositivos, pero también muestran las dificultades de implementación en el marco de políticas de salud y trabajo de corte neoliberal.

5. Esta revisión fue posible gracias al excelente trabajo de recopilación de leyes e investigaciones realizado por el portal <mamacoca.org>, uno de los sitios de Internet más importantes sobre políticas de drogas en el mundo.

ral que imperan en Colombia desde la década de 1990. La potencia del trabajo comunitario de prevención, reducción de daños e inclusión social se ve limitada por la flexibilización laboral, los problemas de contratación y la precarización de la atención en salud. Aún así, las comunidades y las organizaciones de la sociedad civil siguen construyendo alianzas y movilizándolo recursos para aprender a convivir y a mitigar los efectos del denominado “problema de las drogas”.

2 POLÍTICAS DE ATENCIÓN AL CONSUMO DE DROGAS EN COLOMBIA

2.1 Siglos XX-XI⁶

Durante el Siglo XX, las políticas para regular el consumo de sustancias psicoactivas articularon el prohibicionismo y la medicalización. El consumo fue, en primer lugar, una preocupación higienista -con una marcada ideología racista y de clase- que poco a poco transformó las costumbres y la visión de la salud pública y, posteriormente, un asunto relacionado con la legalidad de la producción, la distribución y el uso de sustancias como el alcohol, el tabaco, los fármacos y las plantas con potencial psicoactivo.

A inicios del siglo XX se llevó a cabo una persecución oficial contra la producción y consumo de *chicha*; popular bebida de fermento de maíz, considerada por las autoridades salubristas como causa de perturbaciones psíquicas en los sectores populares. Mientras el comercio de otras bebidas alcohólicas consideradas más higiénicas, como la cerveza, se abrió paso a mediados del siglo, el expendio popular de chicha quedó confinado a la clandestinidad (Socarrás, 1976). Durante estas primeras décadas el sistema público de control de las drogas se orientó a separar el mercado de los medicamentos del mercado de las sustancias declaradas ilícitas (Góngora, 2012). Se inició entonces la judicialización de expendedores y distribuidores irregulares (Ley nº 116 de 1937) con la legitimación de dictámenes farmacéuticos que establecieron listas de sustancias proscritas (Ley nº 11 de 1920). En esta época, además de la naciente preocupación por la dependencia a las llamadas drogas heroicas (morfina, heroína y cocaína), el principal problema “higiénico-social” que se intentó combatir fue el *mambeo* o masticación de hoja de coca. Tal práctica fue catalogada por los especialistas en higiene pública como el principal “vicio” y “enfermedad” de los pueblos indígenas y campesinos de todo el país (Bonilla, 1945, p. 430). En las legislaciones, convenciones y tratados de la época los consumidores de drogas eran vistos como sujetos carentes de salud y cordura. Parámetros de higiene y “buen comportamiento” definieron entonces la posición del consumidor de drogas como *enfermo y loco*. Paulatinamente, los denominados *usuarios de estupefacientes* se convirtieron en infractores de la ley, al ser

6. En el anexo A se presenta una tabla-resumen con principales hitos jurídicos y administrativos relativos a las políticas de atención a los usuarios de drogas desarrolladas durante los siglos XX y XXI en Colombia.

considerados culpables de “delitos contra la salud pública” y sancionados con reclusión en manicomios criminales y colonias agrícolas, trabajos forzados, prohibición de estar en ciertos lugares públicos, arrestos y libertad vigilada (Hincapié, 1989). A lo largo de las siguientes décadas la “toxicomanía” continuó siendo considerada como una condición a la que debía imponérsele atención médica para alcanzar la *cura* o *rehabilitación* del consumidor (Vázquez Chacón, 1982).

Durante la década de 1960 inició la atención sistemática del consumo de drogas mediante la cual se pusieron al servicio del Estado conocimientos provenientes de las ciencias biomédicas y la administración pública. En 1963 se creó la Sección de Salud Mental del Ministerio de Salud para coordinar la investigación psicopatológica a nivel individual y colectivo con la creación y cumplimiento de normatividad técnica de identificación, prevención y tratamiento de problemas de higiene mental y alcoholismo. El mismo año la Academia Nacional de Medicina introdujo el término *farmacodependencia*, y poco después, en 1968, propuso capacitar al personal médico y psiquiátrico, y a maestros, sacerdotes y líderes comunitarios, para la difusión de campañas de prevención.

La transformación más importante de las últimas tres décadas del siglo XX en la producción y consumo de drogas fue la consolidación del tráfico de cocaína; en los años setenta los narcotraficantes empezaron a crear inmensos laboratorios para el procesamiento de cocaína, lo que junto con el cultivo industrial de coca, amapola y marihuana generó una problemática de control territorial y seguridad pública. Así es como las plantas declaradas ilegales y sus derivados tomaron relevancia en el conflicto armado y la violencia en Colombia, especialmente de la mano de la expansión internacional de los carteles de cocaína durante la década de 1980. Además, apareció el *bazuco* (residuo de pasta básica análogo al *crack*) impactando barrios marginalizados y usuarios de drogas en alto grado de vulnerabilidad social.

En esa misma época surgió la estructura actual del sistema nacional de control de estupefacientes con el Estatuto Nacional de 1974 quedando especificadas las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación. Desde el punto de vista de los usuarios, la criminalización del porte de drogas les planteaba la situación de recibir castigo como traficante o declararse farmacodependientes. Desde la política antidrogas se endureció la persecución a los cultivos de uso ilícito, se implementaron las fumigaciones aéreas, se persiguió la fabricación y distribución de psicoactivos y se fortaleció el poder combativo y represivo de fuerzas militares y de policía.

En 1986 con la Ley nº 30, el Estatuto Nacional de Estupefacientes sufrió varias modificaciones. En general se hizo un ajuste en la terminología para efectos del control de lo lícito y la persecución de lo ilícito. Las sustancias se dividieron en drogas, psicotrópicos, estupefacientes, precursores y medicamentos y el consumo se vio definido en términos de abuso, adicción o drogadicción, dependencia psicológica,

dosis terapéutica y dosis de consumo personal (Ley nº 30 de 1986). En ese contexto fue creado el Consejo Nacional de Estupefacientes, órgano adscrito al Ministerio de Justicia, para concentrar y dirigir las acciones contra la producción, comercio y uso de sustancias generadoras de dependencia. Avances cruciales de dicha ley fueron la penalización atenuada de la llamada “dosis personal” de drogas, al igual que la definición de “plantación” como el cultivo de 20 o más plantas controladas. Ambas definiciones serían claves en décadas siguientes, al ser reinterpretadas a la luz del derecho constitucional posterior.

2.2 Enfoque de salud pública y derechos humanos

En 1991, con la nueva Constitución Política, se cambió el paradigma jurídico que regía desde finales del siglo XIX y se reconoció a la República de Colombia como un estado de derecho con instituciones modernas y garantías individuales. La nueva Carta respondió a una gran movilización popular encabezada por líderes juveniles y forjó las bases para la implementación de varios acuerdos de paz realizados con diferentes grupos guerrilleros a finales de los años ochenta y principios de los noventa. Las comunidades indígenas ganaron autonomía jurídica y territorial y los grupos afrocolombianos, siguiendo un camino similar, adquirieron también el derecho a territorios colectivos.

En el marco de las libertades individuales se instituyó el derecho al libre desarrollo de la personalidad, hito fundamental que produjo toda una nueva jurisprudencia sobre temas polémicos como los derechos de la población LGBT y la reglamentación de la dosis personal de drogas. No hay que perder de vista que la Constitución del 91, tal como ocurrió en otros países de la región, incluyó un diseño político basado en el pluralismo y el multiculturalismo, al tiempo que incorporó importantes reformas de cuño neoliberal a la estructura estatal, proceso comúnmente denominado ajuste estructural (Larvie, 1998). Como consecuencia de esa nueva manera de entender la administración pública y para abrirle un mayor espacio a la economía de mercado, se reformó el sistema de salud con la Ley nº 100 de 1993. Las reformas hechas a dicho sistema a partir de la década de 1990 buscaban hacer sustentable un modelo de competencia administrada derivado directamente de la propuesta del Banco Mundial, llamado pluralismo estructurado. La legislación estableció así un nuevo sistema de salud sobre principios de privatización descentralización y competencia administrada (Useche, 2008; Abadía-Barreto y Oviedo, 2008, 2009).

Con la sentencia C-221 de 1994 proclamada por la Corte Constitucional se despenalizó definitivamente el consumo y el porte de la dosis mínima de drogas ilícitas. Según la Corte los ciudadanos mayores de edad pueden decidir si consumen o no sustancias psicoactivas y el Estado no tiene competencia para prohibir este tipo de decisión. Con este fallo se salvaguardó el derecho al libre desarrollo de la

personalidad consagrado en el artículo 16 de la Constitución Política (Comisión Asesora, 2015). De igual manera la sanción consistente en recluir a los consumidores en instituciones médicas quedó abolida y el tratamiento pasó a ser una medida consentida y decidida por el usuario. De esta manera la visión sobre el consumo fue comprendida a la luz de otras escalas y matices: “De acuerdo con la Corte, el consumo de drogas prohibidas, e incluso un uso problemático a las mismas, no es en sí misma una conducta que dañe a terceros y, en algunos casos, ni siquiera implica una afectación a la salud personal” (Comisión Asesora, 2015).

En 1996 se creó el Sistema Nacional de Prevención de Consumo de Estupefacientes, para acoger las políticas públicas y programas de gobierno dirigidos a la infancia y la juventud, así como para atender a los problemas relacionados con el abuso y uso indebido de sustancias psicoactivas. Este nuevo, trajo consigo una mirada sistémica del consumo que implicó tener en cuenta los contextos de uso, las historias y trayectorias de los consumidores y las características farmacológicas de las drogas. Las líneas de acción del sistema fueron pensadas como un proceso lineal que incluía: tratamiento, educación, información y rehabilitación.

En los últimos años del siglo XX se crearon las Unidades de Atención Integral de las Conductas Adictivas (UAICA), comunidades terapéuticas integradas a los hospitales psiquiátricos de la red pública (llamados luego de la reforma a la salud de 1993: Empresas Sociales del Estado) para promover la salud mental. El Ministerio de Salud comenzó a incorporar gradualmente la estrategia de reducción de daños (Colombia, 1998) aunque sin rutas de implementación ni marcos conceptuales claros pues persistían los tratamientos reclusorios de los centros de desintoxicación (que generalmente usan fármacos sustitutos) y a las comunidades terapéuticas, muchas de las cuales recurren a curas espirituales basadas en preceptos teológicos y morales (Machín, 2010; Milanese, 2007; Góngora, 2012).

2.3 La nueva política

a continuación, describimos el desarrollo e implementación de la política de atención al consumo de psicoactivos que se ha venido construyendo en Colombia a partir de la primera década del siglo XXI. Si bien este proceso no se ha dado de manera lineal, es posible notar una incorporación constante de técnicas y tecnologías de gobierno (Foucault, 2007) basadas en la reducción de daños. Aunque esto no significa que los enfoques de orientación prohibicionista y medicalizada hayan desaparecido.

Uno de los elementos distintivos de la nueva política de reducción del consumo de psicoactivos en Colombia tiene que ver con la incorporación de la perspectiva de la reducción de daños. Esto se dio gracias a la difusión de una forma de intervención social desarrollada en varios países de América Latina, denominada

Tratamiento de Base Comunitaria (CBT por sus siglas en inglés) (Machín, 2010; 2011). El CBT propone un abordaje al problema de la farmacodependencia basado en un modelo sistémico (llamado ECO2) según el cual la vulnerabilidad de los usuarios de drogas está fuertemente relacionada con la estructura y densidad de sus redes sociales (Colombia, 2007a). De modo que, por ejemplo, un habitante de calle de Bogotá con dependencia al bazuco, puede mejorar su condición si se trabaja en las comunidades locales que constituyen su entorno a través de acciones de asistencia básica e inclusión social. El CBT es una modalidad de reducción de daños, pues parte del principio según el cual la abstinencia no es necesariamente ni el punto de partida, ni el único resultado satisfactorio de un tratamiento. El CBT fue implementado por primera vez en Ciudad de México y luego llevado a otros países de la región (Milanese, Merlo y Machín, 2000; Milanese, Merlo y Laffay 2001; Milanese, 2009; 2010; 2012; Machín, 2010; 2011). Llegó a Colombia a través del proyecto “Viviendo” del Secretariado Nacional de Pastoral Social y Caritas en 1999, y comenzó a implementarse en el año 2001 en una ONG que laboraba en la principal zona de trabajo sexual y venta de drogas de Bogotá.

Entre 2004 y 2006 las organizaciones de la sociedad civil que implementaban el CBT preparaban la transición del financiamiento del proyecto, hasta entonces dependiente de fondos de la cooperación internacional. En desarrollo de lo que se considera un proceso natural a ese tipo colectividades, buscaron hacer sustentable su propuesta por medio de acciones de incidencia política. Al efecto se constituyó una red nacional de organizaciones no gubernamentales (RAISS Colombia) para operar el CBT e incidir en el Estado y convertir en política pública el modelo de reducción de daños que difundían e implementaban (Góngora, 2013a). Para alcanzar su objetivo, dichas organizaciones diseñaron, junto con el ministerio encargado de regir la salud pública, un modelo de inclusión social para personas afectadas por el consumo problemático de drogas (Colombia, 2007a; 2007b). En la práctica este modelo, lanzado en el año 2007, institucionalizó la reducción de daños en Colombia (Góngora, 2013a), incluyendo el concepto análogo de *mitigación* como instrumento transversal de prevención y tratamiento del consumo problemático de psicoactivos.

La Ley n° 1566 de 2012 instituyó jurídicamente la nueva política, incluyendo su componente de mitigación, y su implementación pasó a ser una obligación legal además de un deber político y administrativo. Esta misma ley garantizó, por primera vez, la atención a personas farmacodependientes en el sistema general de salud, especialmente en lo referido a servicios de desintoxicación y tratamiento. La norma también estableció la necesidad de un consentimiento libre e informado, con ciertas formalidades, para garantizar que las personas farmacodependientes no sean obligadas a recibir tratamiento alguno en contra de su voluntad.

En el año 2015, una sentencia de la Corte Suprema de Justicia (CSJ-Radicación 44891) aclaró que, de acuerdo con lo contemplado en la Ley n° 30 de 1986, el cultivo de menos de 20 plantas controladas (coca, amapola o marihuana) no puede ser considerado una plantación y en consecuencia está despenalizado, en cuanto sea para uso personal. En el año 2016 sucedieron varios hechos notables que modificaron permanentemente el panorama de las políticas de drogas en el país. En primer lugar, se expidió un nuevo Código de Policía (Ley n° 1801 de 2016) que tipifica el consumo de psicoactivos como infracción administrativa condonable mediante multas que a su vez resultan conmutables por cursos breves de “cultura ciudadana”. Esto, en la práctica, produjo una persecución constante a los usuarios y aumentó la represión policial en las calles y parques de las principales ciudades. Por otra parte, en el marco de los Acuerdos de Paz firmados entre el gobierno nacional y las FARC-EP en 2016, se estableció la necesidad de buscar alternativas a la represión violenta de la oferta de drogas, de aumentar la participación de las comunidades afectadas por la oferta y la demanda, y de tratar el consumo problemático como asunto de salud pública.

En 2017 la Corte Constitucional prohibió la fumigación de cultivos de coca con glifosato, por sus consecuencias negativas para la salud (T-236 de 2017), al menos hasta que el gobierno pudiera probar su inocuidad. Ese mismo año se legalizó el acceso a derivados medicinales del cannabis (Decreto 613 de 2017), aunque con una regulación excesiva y de difícil acceso para pequeños y medianos emprendimientos.

A inicios del año 2019 el nuevo gobierno respondió a las preocupaciones por el aumento en los cultivos de coca reanudando las aspersiones aéreas con glifosato. No obstante, el Ministerio de Salud expidió la Resolución 89 de 2019 adoptando nominalmente una nueva política pública para regular el consumo de drogas, pero que de hecho mantiene y ratifica los desarrollos del *Modelo de inclusión* e incorpora, explícitamente, el concepto de reducción de daños. Como puede apreciarse en anexo C, la *reducción de daños* aparece como una de las dos líneas de acción del eje de *tratamiento integral*, mientras que la ampliación y fortalecimiento de *redes sociales y comunitarias* y la *inclusión social efectiva* son ahora líneas de acción de un eje de la política llamado *rehabilitación integral e inclusión social*. En las siguientes páginas mostraremos la vinculación de estos conceptos con los desarrollos teóricos y metodológicos propuestos por el modelo ECO2 y el CBT desde finales de la década de 1980 hasta el presente.

Para finalizar esta revisión cabe mencionar que la Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia C-253 de 2019, anuló la prohibición general del consumo de psicoactivos en espacios públicos, hasta entonces una infracción administrativa castigada con multas conmutables, y ordenó que las restricciones se den sólo cuando sea estrictamente necesarias. Pese a las últimas decisiones judiciales, el debate en torno a la aspersión con glifosato y a las restricciones del consumo en espacios públicos continúa vigente.

3 EL CBT Y LA REDUCCIÓN DE DAÑOS EN COLOMBIA

Si bien las primeras experimentaciones que dieron origen al Modelo ECO2 surgieron en México en 1989,⁷ la consolidación de esta estrategia se dio sólo hasta 1994 cuando varias organizaciones de la sociedad civil⁸ y un grupo de expertos europeos⁹ se reunieron en torno a un proceso de investigación en la acción para el tratamiento y cura de las farmacodependencias en poblaciones gravemente excluidas. Con base en este trabajo se presentó una propuesta a la Unión Europea que fue acogida y financiada. Luego, en 1996, esta iniciativa sería apoyada por Cáritas Alemana y el Gobierno alemán reconociendo su carácter innovador, pues se trataba de un proyecto de investigación y no sólo de intervención social, que había introducido el tema y la práctica de la reducción de daños. De allí salieron las bases del modelo ECO2. Durante 1996 y 1997 se desarrolló lo que se denominó “clínica comunitaria” a través del trabajo de calle y de un proceso de investigación acción participativa con comunidades locales en Ciudad de México. En 1998 se unieron Panamá, El Salvador, Nicaragua, Chile y Colombia a la propuesta de trabajo de la clínica comunitaria a partir del modelo ECO2 y, en 1999, se organizó en México el primer diplomado a través de CAFAC (el centro de formación construido para la difusión y formación de este estilo de investigación en la acción). En 1999 se consolidó la primera red de organizaciones que intervienen en situaciones de sufrimiento social (REMOISS) compuesta por 22 entidades de varios estados mexicanos.

En 2001, con apoyo de Cáritas Alemana y la UE se inició el proyecto llamado *Community Based Treatment* (CBT) con experiencias piloto en México, Colombia, Brasil y Costa Rica. Una de las herramientas comunes de este proyecto fueron los *centros de escucha* que se describirán a profundidad en las páginas siguientes. Durante los años 2002 y 2003 se fueron consolidando más redes de trabajo nacionales y organizaciones centroamericanas comenzaron a organizarse en una red llamada RECOISS que agrupa organizaciones de la sociedad civil de la región que trabajan en situaciones de sufrimiento social. En 2004 se dio otro cambio importante cuando se unió UNESCO a la propuesta. Se hizo entonces una investigación comparativa (Milanese, 2005) patrocinada por Cáritas Alemana y UNESCO que incluyó aspectos relacionados con educación en tratamientos basados en la comunidad. A partir de este momento comenzó a plantearse que la educación (formal y no formal) era un elemento clave en los procesos exitosos y que en adelante sería uno de los componentes del CBT. En 2005 se consolidó RAISSS, red que agrupó a organizaciones de la sociedad civil de Colombia, Brasil, Chile, México y Centroamérica. En ese mismo año nacieron los centros de formación de dicha red, siguiendo el ejemplo mexicano y dados los resultados de una evaluación comparativa que consideró estratégico la alianza con instituciones de educación superior para dar sostenibilidad a la propuesta.

7. Esta cronología se basa en: Fergusson y Góngora (2012), Milanese (2012), Colombia (2013a) y Góngora (2013a).

8. Hogar Integral de Juventud, Cultura Joven, CEJUV, Cáritas Arquidiócesis de México.

9. Brigitte Laffay (Francia), Roberto Merlo (Italia), Efrém Milanese (Italia) y Vincenzo Castelli (Italia).

En 2007 se construyó el *Modelo de inclusión social* (Colombia, 2007a) en Colombia, que nació de la experiencia del centro de escucha de la Fundación Procrear en Bogotá y que luego se difundió en otras ciudades del país a través de la red RAISSS Colombia y de la Corporación Viviendo. Este Modelo pasó a ser parte integral de la *Política Nacional para la Reducción del Consumo de Drogas de Colombia* (Colombia, 2007b) incorporando, por primera vez, los lineamientos del CBT y del ECO2 dentro de una política pública de escala nacional. Este avance permitió importantes desarrollos técnicos y políticos en el país y sirvió como ejemplo de incidencia política para las organizaciones aliadas de la región. En 2009 y 2010 se vincularon a la propuesta de formación en Estrategias de Inclusión Social Uruguay, Bolivia, Perú y Argentina. Al mismo tiempo en Colombia se realizó un ejercicio de experimentación del modelo, incorporado desde entonces a la política pública, para sacarlo de los barrios marginalizados y llevarlo a colegios, barrios menos vulnerables y universidades, con inversión estatal.¹⁰

El plan nacional correspondiente a los años 2009 y 2010 (CNRDD, 2008) fue el primero en proponerse la implementación de la nueva política, pero no llegó ejecutarse completamente ni produjo una evaluación formal. El plan aprobado para el periodo 2011-2014 corrió con una suerte similar al anterior (Colombia, 2014b). Posteriormente la Ley nº 1566 de 2012 instituyó jurídicamente la nueva política y su implementación pasó a ser una obligación legal además de un deber político y administrativo. Ese mismo año avanzó la implementación territorial de la nueva política, principalmente por parte de la Alcaldía Mayor de Bogotá por medio de proyectos de *reducción de daños* como Échele cabeza y los Centros de Atención Móvil a Drogodependencia (CAMAD) (Góngora, 2018).

Puesto que durante los primeros años del siglo XXI las redes de ONG que operan y soportan el CBT y el modelo ECO2 venían trabajando en diferentes ciudades del país, en el año 2014 ya existía cierta evidencia sobre los impactos positivos de tales intervenciones. Sobre esa base se construyó el Plan Nacional de Acción (2014-2021) para implementar la nueva política, estrategia que continúa ejecutándose, alcanzando mayores niveles de implementación que los planes anteriores (Colombia, 2014b).

3.1 Evolución del CBT

El CBT puede ser definido como un conjunto de acciones, instrumentos y prácticas organizadas en un proceso, cuyo objetivo es promover la mejoría de las condiciones de vida tanto de las personas que abusan de las drogas y viven en una situación de

10. Para mayor información véase el blog "zonas de mitigación", disponible en: <<http://zonasdemitigacion.blogspot.com>>; y la página del Programa de Descentralización del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y UNODC, disponible en: <<http://www.descentralizadrogas.gov.co/Pol%C3%ADticaNacional.aspx>>.

exclusión grave,¹¹ como de las comunidades locales a las cuales los consumidores de drogas pertenecen (Milanese, 2012). El CBT¹² nació de un modelo lineal de finales de los años 1980 en el cual prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción constituían una serie de pasos sucesivos y lineales (Milanese, 2010).

La implementación progresiva del modelo y las evaluaciones continuas hicieron posible una revisión sistemática que mostró las transformaciones del tratamiento comunitario, hasta alcanzar el esquema actual de acciones simultáneas y multidimensionales. Lo que se observa es la combinación de diversos elementos: i) la integración social (también definida como *inclusión social*) abarca todo el proceso, desde la prevención hasta el tratamiento, constituye su fundamento y una precondition para la existencia de las demás componentes; ii) la reducción de daños ha sido incluida en una categoría más llamada *asistencia básica*; y iii) la educación y la rehabilitación son ahora simultáneas y constituyen la base sobre la cual se apoyan el tratamiento médico y psicológico. Estos tres elementos se entrelazan en un contexto de simultaneidades e interconexiones. Según Milanese (2010), es posible imaginar este esquema en forma tridimensional: los cimientos del edificio serían las políticas de inclusión social, el piso que da directamente a la calle serían las acciones de prevención y de asistencia básica, el primer piso estaría constituido por la educación y la rehabilitación (entendida como educación) y el último piso de este edificio sería el lugar de la terapia médica y psicológica.

Durante los últimos años de implementación del CBT se pasó de un modelo basado en intervenir situaciones específicas de vulnerabilidad¹³ (vida de calle, abuso de drogas), a una mirada relacional basada en el concepto de *exclusión social*, del cual las vulnerabilidades son manifestaciones particulares. Desde esta perspectiva la *inclusión social* es promovida como una estrategia para crear condiciones de vida más equitativas para personas y comunidades a través de procesos de trabajo en red que articulan recursos institucionales y comunitarios. Los especialistas que diseñan e implementan proyectos y programas inspirados en el CBT sostienen que la inclusión social promueve la transformación de los significados culturales que estigmatizan a los usuarios de drogas y permite conectar diferentes sectores promoviendo políticas de drogas basadas en el enfoque de derechos.

11. Aunque como se verá más adelante en los últimos años ha comenzado a implementarse en comunidades educativas y escenarios que no están necesariamente marginalizados.

12. Esta síntesis se basa en Milanese (2010), Fergusson y Góngora (2012) y Colombia (2013a).

13. Una definición sencilla y operativa de vulnerabilidad aparece en la PNRC: "no tener la capacidad de prever, responder, adaptarse y reponerse ante la presencia de un riesgo específico" (Colombia, 2008, p. 15).

3.2 Los centros de escucha

La puesta en marcha de los dispositivos de intervención social de la política en comunidades locales se realiza a través de los denominados centros de escucha. Para hacer un análisis más preciso de las adaptaciones que ha sufrido el modelo al ser implementado por actores locales en contextos políticos y sociales específicos, es pertinente hacer un breve repaso sobre la manera en que estos centros fueron concebidos y estructurados.

Pensar la prevención como organización es proponer un diálogo entre el concepto salubrista clásico (prevención universal, selectiva e indicada) y la teoría sociológica de la ecología del desarrollo humano (Milanese, 2012). Esto quiere decir que la prevención ocurre siempre en un *contexto operativo*, en un escenario complejo y fluido de interacción entre actores, que puede ser comprendido mejor por medio de la teoría de redes sociales.¹⁴ En el CBT dicho contexto operativo es llamado *dispositivo*, y es entendido como un conjunto de acciones para interconectar redes, actores y recursos en una comunidad local. Una vez establecido el dispositivo en un territorio local es posible implementar un *servicio*. Un servicio puede ser definido como una modalidad de respuestas a las necesidades de todos los actores involucrados en el tratamiento comunitario (Milanese, 2009) favoreciendo la emergencia de demandas que no se hallaban explícitas (Milanese, 2012). En el tratamiento comunitario se han operado principalmente dos tipos de servicios: i) los *centros de escucha* y ii) los *drop in* o *centros de acogida de bajo umbral*. En Colombia ambos tipos de servicio han sido llamados tanto por las organizaciones de la sociedad civil como por las agencias estatales que los promueven y operan: *centros de escucha*.

En los centros de escucha es posible materializar el dispositivo de trabajo del CBT a través de acciones de enganche, de activación de redes, de articulación y del despliegue continuo de procesos de investigación (Milanese, 2012; Colombia, 2013). Los centros de escucha deben estar abiertos a toda la comunidad y ubicarse lo más cerca posible a los lugares en que se desarrolla la vida cotidiana. Aunque hay variaciones relativas a la infraestructura institucional en donde operan, el equipo de los centros de escucha debe ser mixto, esto es, integrado por *operadores pares* (usuarios y exusuarios de drogas), *actores comunitarios* y *profesionales* de distintas disciplinas, pero en especial de las ciencias sociales, humanas y de la salud.

14. Sobre el ECO2 y el enfoque de redes sociales véase Machín (2010); sobre la teoría de redes sociales pueden consultarse los textos clásicos de la escuela de Manchester (Barnes, 1954; Mitchell, 1973); sobre el *network analysis* véase el trabajo de Scott (1991) y sobre América Latina véanse los estudios aplicados de Lomnitz (2003). Para una descripción detallada de la bibliografía relacionada con "terapia de redes" véase Milanese (2005; 2010; 2012). Una lectura antropológica de la vida social del ECO2 y el CBT y su impacto en la política de drogas de Colombia puede leerse en Góngora (2013a; 2016).

En Colombia se han desarrollado dispositivos en colegios, instituciones de protección, universidades, prisiones y barrios marginales con diferentes características. Esto hizo que los centros de escucha fueran tomando diferentes formas y adaptándose a las particularidades de distintas comunidades locales y normas de salud pública. Algunos adquirieron más formalidad, tornándose mucho más sedentarios, pudiendo responder a una mayor heterogeneidad de demandas tales como: i) escucha y evaluación de necesidades; ii) realización de programas de alfabetización y de educación sobre VIH/Sida y drogas; iii) orientación sobre consumo y sexo seguros; iv) entrega de preservativos y programas de intercambio de jeringas y agujas; v) acciones de asistencia básica incluyendo alimentación, primeros auxilios, ropero, lavandería, duchas, alojamiento, etc.; vi) acciones de atención primaria en salud; y vii) programas de inserción laboral. Otros, por el contrario, optaron por estrategias mucho más heterodoxas tales como: i) trabajar mayoritariamente con operadores pares; ii) desarrollar acciones de prevención y reducción de daño en diferentes espacios institucionales y comunitarios con equipos móviles; iii) buscar alianzas con instituciones educativas y culturales, ampliando así las redes de recursos; e iv) incluir la creación artística y cultural como estrategia de inclusión social. En las siguientes páginas se describirán algunos procesos que dan cuenta de estos diferentes desarrollos en la ciudad de Cali, a través del caso de la Corporación Viviendo, y en Bogotá, con la descripción de la experiencia del Idipron y el Colectivo *Free Soul*.

4 DISPOSITIVOS COMUNITARIOS DE INCLUSIÓN SOCIAL

Los resultados de la pesquisa de campo presentada a continuación apuntan a describir las prácticas por medio de las cuales se implementa la política de reducción del consumo de drogas en Colombia en tres dispositivos comunitarios de inclusión social. Para esto se realizó, en primer lugar, una revisión conceptual e histórica con el propósito de situar el modelo de intervención social que sustenta la propuesta de las organizaciones estudiadas. En segundo lugar, se llevó a cabo un trabajo de campo durante los meses de octubre y noviembre de 2019 en las ciudades de Bogotá D.C. y Cali, en el cual se aplicaron técnicas etnográficas consistentes en la realización de entrevistas semiestructuradas, observaciones de campo y diálogos con usuarios, técnicos y operadores.

En Bogotá se decidió observar y participar en una experiencia liderada por Susana Fergusson, experta en trabajo comunitario y reducción de daños, quien fuera en años anteriores asesora de los ministerios de salud y del interior y una de las especialistas que participó en la construcción de la política nacional para la reducción del consumo de drogas.¹⁵ En el momento del trabajo de campo ella

15. Para un análisis socio-antropológico de la trayectoria de esta especialista y su papel en el desarrollo de la reducción de daños y las políticas de drogas en Colombia, véase: Góngora (2012; 2013a; 2013b; 2016).

se desempeñaba como educadora del Idipron y dirigía un proyecto artístico, pedagógico e investigativo fruto de una alianza interinstitucional. Dicho proyecto viene siendo desarrollado por Susana y un grupo de jóvenes exhabitantes de calle pertenecientes al colectivo *Free Soul*, quienes adelantan un proceso de reducción de daños cuya principal característica y estrategia metodológica es la creación de proyectos artísticos y culturales.

Durante los meses de octubre y noviembre de 2020 se acompañaron las prácticas cotidianas de este colectivo mientras operaba el piloto de un espacio de memoria en la antigua “Calle del Bronx” en el centro de Bogotá orientado por el Museo Nacional de Colombia. Paralelamente, se trabajó con la coordinadora del proyecto en un proceso de evaluación que consistió en implementar un instrumento del CBT (denominado Evaluación Periódica y de Paso) que ayudó a entender las transformaciones en la vida individual y sociales de cada uno de los jóvenes de *Free Soul*. Los ítems del instrumento de evaluación se complementaron y transformaron en siete entrevistas semiestructuradas que permitieron analizar cualitativamente ciertos aspectos considerados importantes en el proceso de reducción de daños de cada joven. También se analizaron las entrevistas realizadas a Susana y a los jóvenes por el Programa de Fortalecimiento de Museos del Ministerio de Cultura que en ese momento se encontraba produciendo una serie de videoclips sobre la experiencia de este colectivo y su impacto en diferentes espacios culturales y sociales de la ciudad.

Procurando un alcance más cercano a la escala nacional y queriendo tener en cuenta un caso de reducción de daños que fuese un ejemplo claro y formal de implementación de la política pública correspondiente, se decidió trabajar con la Corporación Viviendo en la ciudad de Cali. Durante los meses de octubre y noviembre de 2019 uno de los investigadores del equipo se trasladó a la capital del Valle del Cauca para realizar la pesquisa. Allí se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de la Corporación Viviendo: dos fueron hechas en la sede administrativa de la Corporación, una en el centro de escucha del barrio Llano Verde y cinco en el servicio de reducción de daños del Barrio Sucre, particularmente en el punto de intercambio de material para uso de drogas inyectables.

A continuación, presentamos los resultados del trabajo de campo con las organizaciones que realizan acciones de reducción de daños en Bogotá y Cali y ofrecemos algunas conclusiones del estudio mostrando las diferentes *tensiones* y *posibilidades* en la implementación de las estrategias gubernamentales estudiadas.

4.1 La experiencia del Idipron y el colectivo *Free Soul* en Bogotá

“La L” o calle del Bronx, ubicada en el centro de Bogotá, fue un lugar reconocido durante varios años como epicentro de tráfico de drogas, violencia extrema, explotación sexual y hogar de cientos de habitantes de la calle (véase anexo D). El 28 de mayo de 2016 el lugar fue desalojado por la Alcaldía Mayor para tomar control del territorio. Los habitantes de calle fueron llevados en camiones y dejados en otras ciudades, otros fueron trasladados a albergues e instituciones de protección y otros arrinconados por la Policía hasta terminar refugiados en uno de los ríos canalizados de la ciudad (Góngora *et al.*, 2019). Algunos jóvenes habitantes de “La L” fueron acogidos en el Idipron, donde un equipo de educadores estaba desarrollando una propuesta de reducción de daños como alternativa terapéutica y de inclusión social.

El Idipron, creado por el acuerdo 80 del Concejo de Bogotá en 1967, es una institución que se encarga de acoger ayudar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes (de aquí en adelante NNAJ) en condiciones de fragilidad social por su situación de vida en calle o en riesgo de habitarla (Idipron, 2017). Para atender y acoger a los NNAJ interesados en entrar en este programa, el Idipron cuenta con casas o Unidades de Protección Integral (UPIS) en las cuales se desarrollan diferentes procesos según las necesidades de los usuarios. Van desde acciones inmediatas para establecer vínculos y superar algunos problemas del día a día, evitando así la vida en calle, hasta ofrecer procesos complejos que requieren una interacción permanente. En las diferentes modalidades de atención (terreno, internado o externado), se espera que los educadores que lideran los procesos en las casas establezcan vínculos fuertes que les permita conocer no solo los problemas de los NNAJ, sino también sus habilidades, pasiones e intereses abriendo caminos para superar sus dificultades. El modelo pedagógico sigue una serie de pasos según la fortaleza del vínculo y necesidad del usuario: amistad, acogida, personalización, socialización y autonomía y autogobierno (véase el anexo E).

Entre 2014 y 2015 en el Idipron se creó el componente de mitigación dentro del área de salud, con el objetivo de desarrollar acciones orientadas a reducir los riesgos y los daños biopsicosociales derivados del consumo de SPA (Idipron, 2017). Dada la naturaleza religiosa y asistencialista que caracterizó por muchos años al Instituto, la mitigación se planteó como una experiencia diferente para afrontar la problemática del consumo, aceptando que no era posible que la abstinencia fuera el requisito indispensable para iniciar una relación terapéutica.

Como parte del grupo que asumió la implementación del componente en mención estuvo Susana Fergusson, quien llevó una perspectiva más técnica y pragmática de la salud pública y la reducción de daños y Leonardo Torres, artista plástico quien, por su experiencia en el trabajo con poblaciones en condición de vulnerabilidad, fue invitado a crear proyectos artísticos para hacer procesos

de reducción de daños. Este grupo comenzó a trabajar en una de las casas del Idipron llamada La Rioja, a donde llegó la mayoría de la población juvenil expulsada de la antigua “Calle del Bronx” que buscaba acogerse a los diferentes programas que esta institución ofrecía. Según Susana, la primera misión fue elaborar un manual de convivencia puesto que, si bien La Rioja fue un “oasis” en medio de la “guerra de la calle” generada por el desalojo del Bronx, la casa atravesaba una situación relacional violenta y compleja (Fergusson, 2017). Aunque nunca se aplicó formalmente, este manual ayudó a entender los conflictos acaecidos dentro de la institución, entendida en términos del CBT como una comunidad con sus propias lógicas y dinámicas internas. Las principales tensiones tuvieron que ver con el autoritarismo de algunos educadores, varios de ellos “resocializados” en el propio Idipron bajo un modelo de matices castrenses y religiosas propio de las comunidades terapéuticas; la alta conflictividad, traducida en riñas, pandillerismo, conductas ilícitas y confrontaciones entre usuarios y funcionarios; el alto consumo de drogas por parte de los jóvenes, especialmente de bazuco, cocaína y marihuana y, como parte de este mismo problema, la falta de una estrategia no represiva para regular el uso de psicoactivos.

Ante esta perspectiva Susana y su equipo diseñaron acciones de trabajo comunitario inspiradas en el CBT para lograr establecer vínculos con los jóvenes. Lo primero que se hizo fue instalar un “lugar de escucha” ubicando una cafetera en la antigua enfermería. El café propició la creación de un espacio de interlocución y de escucha que con el tiempo fue muy valorado. Este primer acercamiento permitió reconocer que en territorios muy hostiles existen situaciones que hacen aún más densa la labor de atención, cuidado y acompañamiento. Por un lado, estos jóvenes tenían historias de violencias, desplazamiento, policonsumo de SPA, ilegalidad y fragilidad en sus redes de apoyo; y, por otro lado, la atención por parte de las instituciones, sobre todo las de salud, era discontinua y deficiente; aumentando la angustia, la ansiedad, la depresión y la rabia. El proceso de reducción de daños en La Rioja, invitó a pensar otras formas de acercamiento y relacionamiento con el fenómeno del consumo con jóvenes en situación de vulnerabilidad grave. El grupo de mitigación propuso avanzar en la flexibilización de algunas normas y abrir espacios para actividades de mejoramiento de autocuidado, reducción de consumo, búsqueda de alternativas de sustento y promoción de talentos y habilidades.

4.1.1 Rap para liberar almas y combatir el olvido

Los integrantes del colectivo *Free Soul* se conocieron en el año 2008 cuando eran adolescentes y la vida los llevó a habitar la calle del “Bronx”, conocida por ellos como “El Pedazo” o “La L”. En el año 2010, se emocionaron con la idea de hacer música pues como ellos mismos dicen “teníamos muchos visajes [situaciones difíciles] en la cabeza que queríamos decir”. Esta actividad que iniciaron de manera

espontánea se empezó a consolidar en 2011 con la participación en la primera intervención cultural en el Bronx programada por la Alcaldía Mayor de Bogotá. En el año 2016, ya en el Idipron y luego de haber vivido el desalojo del “Bronx”, tuvieron la oportunidad de grabar su primer sencillo. Con esta motivación comenzaron su proceso institucional y fundaron formalmente el colectivo de Hip Hop *Free Soul* que significa: “libres de humo, libres de la bazuca, soltados por el diablo” (Colectivo Free Soul, 2017).

Alrededor de la cafetera Susana conoció los talentos de los jóvenes entre ellos el rap, y abrió un espacio para que Smith, Yan Carlos y Conde pudieran ensayar. También descubrió la preocupación de este grupo por saber qué había pasado con las personas, amigos y conocidos que vivían en “La L” después del desalojo. A partir de esta inquietud surgió el proyecto *Renovando el olvido* que se gestó a partir de un trabajo asesorado por antropólogos para hacer recorridos nocturnos y recolectar información sobre la situación de los habitantes de calle después del “Bronx”. Este material serviría luego para elaborar una propuesta artística que les permitió contar estas historias a través del hip hop. El proyecto, ganó una beca otorgada por el Instituto Distrital para las Artes –IDARTES.

Durante el 2017 el grupo de mitigación y el colectivo *Free Soul* (con sus integrantes haciendo las veces de operadores pares) trabajó en las casas del Idipron en procesos de comunicación y creación artística con los recursos de la beca. Los jóvenes propusieron un ejercicio de cartografía social en la cual se visitarían las ruinas de “La L” para rescatar algunas de las historias del “Pedazo”. Ante la imposibilidad de hacer estos recorridos, se inició un ejercicio de memoria y reconstrucción del lugar, pero, como las narrativas y descripciones no eran lo suficientemente comprensibles, se planteó la posibilidad de construir una maqueta. Este ejercicio de memoria para reconstruir la espacialidad de “La L”, mostró que, aunque el lugar ya no existía físicamente, continuaba presente en los cuerpos y en las experiencias de muchas personas (Góngora *et al.*, 2019).

Posteriormente, a través del vínculo entre uno de los antropólogos del Museo Nacional de Colombia que venía apoyando el proceso fue posible exponer la maqueta al público. El contacto con el museo facilitó el diálogo entre la curaduría de etnografía, el Idipron y el área de comunicación educativa para llevar la pieza a un espacio museográfico llamado Wiki. Se trataba de una sala-prototipo diseñada para hablar sobre fenómenos, situaciones, puntos geográficos e hitos históricos de la historia de Colombia. Allí los jóvenes de *Free Soul* y otros compañeros del Idipron se encargaron de exponer la maqueta de “La L” y socializar sus experiencias de vida con los visitantes. Para la jefa del área educativa esta propuesta generó muchos cuestionamientos en cuanto a la inclusión, la mediación, el derecho y la ciudadanía. El equipo del museo tuvo que pasar por un proceso de sensibilización

para que los nuevos huéspedes no fueran discriminados y al tiempo fue necesario capacitar a los jóvenes para dialogar con los visitantes. Según Susana, la experiencia constituyó un proceso de *circulación social* en el cual los pares y sus compañeros de La Rioja ingresaron a un espacio antes vedado y pudieron relacionarse con personas ajenas a su entorno. En el museo los jóvenes expusieron sus experiencias y fueron reconocidos y valorados por personas que nunca imaginaron las consecuencias del desplazamiento y la marginalización provocadas la renovación urbana.

La maqueta fue considerada un objeto privilegiado para hablar con los públicos acerca de los estragos de la “guerra contra las drogas” en Colombia desde la perspectiva de las personas que habitaron una de las “ollas”¹⁶ más grandes del país. Debido al éxito de la exposición, la curaduría decidió que la maqueta podría ocupar un lugar en la sala renovada donde se contarían las principales confrontaciones de la historia de Colombia. Dada la escala de la pieza original, el museo les propuso a los jóvenes de *Free Soul* y del Idipron construir otra maqueta, de menor tamaño, y ensamblarla en el museo. Así nació el proyecto “Historias de la L: ensamblando un mundo en un modelo a escala”. Según Winder, uno de los operadores pares, el objetivo de dicha muestra fue hacer que el público visitante construyera los personajes y los lugares recreados en la maqueta y de este modo “entender mejor las vivencias y memorias de los jóvenes”.

Este reto permitió que el grupo entrara en la tras escena de las exposiciones, aprendiera a construir guiones, textos de apoyo y a traducir al lenguaje expositivo sus realidades, lenguajes y experiencias. Fue un proceso en el cual los jóvenes fueron mediadores y a la vez creadores. En el museo conocieron personas de diferentes procedencias, condiciones sociales, ocupaciones y nacionalidades, ensayaron nuevas maneras de comunicarse y pensar otras formas de conexión con la vida y con las drogas (Góngora *et al.*, 2019).

4.1.2 Buscando financiamiento

El Idipron tiene dentro de sus políticas la productividad individualidad y un sistema de ahorro (obligatorio) para ser usado una vez la persona salga de la institución. Pero la dinámica en la casa de La Rioja ya no estaba siendo benéfica para los jóvenes de *Free Soul*, entre otras cosas porque el proceso de lograr autonomía ya comenzaba a pedir independencia, lo que implicó buscar financiamiento. Uno de los primeros movimientos en este sentido tuvo que ver con proyecto de centros de escucha liderado por el Ministerio del Interior. La iniciativa se llamó *Laboratorios creativos de convivencia* y consistió en acompañar procesos comunitarios relacionados con prácticas artísticas relacionadas con memoria y convivencia en diferentes municipios afectados por el conflicto armado. Luego, en 2018, el colectivo forjó

16. *Cracolândia* en portugués.

una alianza con el proyecto *Ruinas latinoamericanas* liderado por la antropóloga chilena Francisca Márquez, quién se interesó en el trabajo realizado en “La L” y lo incluyó en su estudio comparativo materialidad y memoria. En la misma época surgió la posibilidad de postular la exposición de la maqueta al premio Ibermuseos de Educación. El proyecto ocupó el segundo lugar entre todas las instituciones museales de América Latina, Portugal y España. El jurado reconoció que se trataba de un proyecto interesante a nivel internacional pues demostraba que un museo nacional era capaz de desarrollar trabajos comunitarios, promover la inclusión y modificar algunas de las dinámicas excluyentes de los espacios de circulación artística y cultural.

El dinero del premio sirvió para que los jóvenes sintieran que el trabajo en el ámbito cultural podía ser una vía para que poblaciones históricamente discriminadas, como los usuarios de drogas, generen ingresos y encuentren escenarios para combatir el estigma y la discriminación. Sin duda el trabajo remunerado es un elemento fundamental del proceso de inclusión social con los jóvenes. Como plantea Smith: “Teníamos el trabajito pero no alcanzaba para pagar almuerzos, ni arriendos, entonces llega el premio de Ibermuseos y ahí quedamos más tranquilos... ahí empieza otra etapa. De mi parte me siento metido en la sociedad, empiezo a ser un ciudadano... Saco mi cédula [documento de identidad], empiezo a recibir su mensualidad, tengo la rutina de levantarme, camellar [trabajar], salir, así se va aprendiendo.”

Durante este proceso el colectivo *Free Soul* se fue consolidado como un grupo de creación cultural e investigación en la acción que promueve procesos de inclusión social y reducción de daños. En 2019, el Museo Nacional de Colombia, el Idipron y el colectivo *Free Soul* fueron invitados por la Fundación Gilberto Alzate Avendaño (FUGA), entidad encargada del plan de renovación urbana del centro de Bogotá, para construir el espacio de memoria en la antigua “Calle del Bronx”. Así surgió el proyecto Co-laboratorio de Creación y Memoria La Esquina Redonda (MNC, 2019). Durante ese año los jóvenes y el equipo del Idipron obtuvieron los permisos para entrar e instalarse en un local de una de las pocas casas que aún no habían sido demolidas por la Empresa de Renovación Urbana. Allí se realizaron diferentes acciones de animación comunitaria y llegaron jóvenes de todas las casas del Idipron a aprender sobre la historia de Bogotá, a cantar temas de Hip Hop y a reflexionar sobre la vida y el consumo de drogas en el antiguo “Bronx”. Poco a poco, el lugar se fue adquiriendo la forma de un *centro de escucha*. De hecho, uno de los espacios previstos para La Esquina Redonda, es uno de estos centros atendido por jóvenes pares exhabitantes de calle y educadores del Idipron.

4.1.3 Reducción de daños: conexión entre instituciones, personas y drogas

“Como sabemos, venimos de situaciones de consumo fuerte donde la abstinencia no nos ha ayudado para nada. Últimamente hemos visto que el arte es la mayor herramienta de reducción de daño y de inclusión social” (Entrevista Yan Carlos, 2019).

El colectivo *Free Soul* ha sido una experiencia en la cual la música junto a otras expresiones artísticas y culturales funcionaron como aglutinantes y detonadores de un proceso de inclusión social y de reducción de daños. Según Susana, el arte “abrió la puerta” para pensar acciones pedagógicas, terapéuticas y laborales y además propició la interacción en nuevos territorios en donde el diálogo con otras poblaciones permitió “romper barreras y estigmas”.

La reducción de daños propone un uso responsable y menos nocivo de las sustancias psicoactivas. El equipo de Idipron propuso una reducción del consumo de bazuco sustituyendo esta sustancia por cannabis. Pese a la resistencia de la institución a este tipo de procesos, se logró generar una reflexión frente a los espacios para usar drogas y las posibilidades terapéuticas del cannabis y su relación con la disminución del consumo problemático a través de varias acciones que incluyeron el permiso de salir de la casa para fumar y usar gotas con alto contenido de CBD para conciliar el sueño. Una vez los jóvenes se independizaron aprendieron a cultivar sus propias plantas. Las crisis y las recaídas hicieron parte del proceso. Hubo momentos de alta tensión en los que algunos volvieron a usar “bazuco” o se vieron envueltos en riñas y conflictos. Según Susana, estas fueron situaciones que el colectivo logró superar a través de actividades de soporte, del componente terapéutico para trabajar los traumas y duelos fruto de violencias y pérdidas, de la reducción del consumo y de la promoción del uso responsable de sustancias psicoactivas.

Existe un punto álgido que no depende ni de los usuarios, ni del equipo que los acompaña. Se trata de la sustentabilidad de este tipo de procesos. Por un lado, se cuenta con la contratación de los técnicos especialistas en mitigación y reducción de daños, aunque cabe aclarar que trabajan como “prestadores de servicios”. Esto hace que haya muchas interrupciones en los procesos y que estas personas no cuenten con garantías laborales completas. Por otro lado, y a pesar de que el Idipron mantiene varios convenios con empresas públicas para que los jóvenes accedan a la vida laboral, en buena parte de los casos no hay continuidad, los ingresos son muy bajos o los cupos son manejados por los funcionarios según su conveniencia. Adicionalmente, como varios de estos jóvenes no cuenta con experiencia laboral ni con recursos para pagar su seguridad social, es muy difícil contratarlos como operadores pares en proyectos formales.¹⁷ Dichas condiciones

17. Esto se debe en parte a la flexibilización laboral y a las políticas neoliberales en salud vigentes en Colombia desde inicios de la década de 1990. La privatización del sistema de salud obliga a los “prestadores de servicios” a asumir el pago de su seguridad social. A esto hay que sumarle la pérdida de garantías laborales relacionadas con la “tercerización” en la implementación de políticas públicas y modelos de atención en salud.

estructurales fragilizan la continuidad de los procesos, diseminando incertidumbre y desesperanza. La flexibilización en los contratos laborales, la discontinuidad de los apoyos a los proyectos por los cambios institucionales, el poco interés del gobierno por la investigación social, la cultura y las artes, dificultan la permanencia y hacen precarias las posibilidades de trabajo y capacitación para las poblaciones, sobre todo, la más vulnerables.

Las instituciones pese a las contradicciones crean espacios para pensar y direccionar los procesos potenciando saberes y habilidades. El Idipron permitió incluir la lógica de la reducción de daños y el consumo responsable. El Museo Nacional hizo un trabajo de mediación para incluir la historia y las memorias de quienes nunca habían estado representados, brindándoles a los jóvenes exhibitantes de calle un lugar para contar sus historias y exponer sus puntos de vista. IDARTES, patrocinó un proyecto comunitario reconociendo expresiones artísticas de base cuyas intenciones no eran solamente estéticas sino también terapéuticas y sociales. La FUGA le abrió campo al componente comunitario en el antiguo “Bronx” para explorar las conexiones y potencialidades de la reducción de daños y la producción artística y cultural.

La gestión de las relaciones y redes compuestas por personas, instituciones y sustancias psicoactivas constituye la base de este modelo de intervención social que intenta, a su manera, seguir los lineamientos de la política pública de prevención y atención al consumo de SPA. Pero en esta propuesta, a diferencia de los anteriores esquemas del CBT, el concepto integrador es la *circulación*, entendida como la posibilidad de abrir espacios de *inclusión*, de hacer que los usuarios de drogas en situación de alta vulnerabilidad se desplacen espacial y socialmente para conectarse con otras personas y contextos (Figura 8). Se entiende además que, en el caso de los jóvenes del Idipron, su interés por la música, el tejido y otras artes, ha sido fundamental, pues mostrar su potencial creativo los posiciona como agentes y les permite hacer escuchar sus puntos de vista ayudando a transformar estereotipos negativos y prácticas estigmatizantes. De igual manera, el cambio en las políticas de drogas y la apertura del mercado del cannabis medicinal permite incorporar una serie de prácticas de autocuidado y reducción de daños en usuarios gravemente afectados por el consumo de “bazuco” y otras drogas de mala calidad. Por tal razón, en este esquema se mantiene la atención psicológica, pero, de manera paralela, se trabaja con distintas posibilidades terapéuticas, se habla entonces de *medicinas*. Otro elemento importante en esta reconceptualización tiene que ver con poner en el centro la investigación en la acción, más que la educación. Se trata, según este equipo de pares y profesionales, de hacer que las preguntas relacionadas con las problemáticas locales, incluyendo el impacto del consumo de drogas, surjan de las propias comunidades en lugar de ser impuestas por especialistas.

Plantearse estas incógnitas, investigar las respuestas y generar estrategias de difusión de conocimiento por medio de expresiones artísticas y culturales, abre un nuevo camino para pensar la inclusión social.

4.2 Reducción de riesgos y daños y centros de escucha en Cali

La Corporación Viviendo es una entidad colombiana privada sin ánimo de lucro, orientada al *desarrollo humano integral*. Esta organización tiene una sede administrativa y varios dispositivos comunitarios a lo largo del país, de los cuales una parte significativa está en Santiago de Cali. Para ilustrar el funcionamiento general de este tipo de organización centramos la observación en dos espacios específicos. El primero en el barrio Sucre, donde desde 2015 la Corporación ofrece *servicios de reducción de daños* orientados a usuarios de heroína. Este servicio es presentado por los profesionales de campo como un modelo de país. El segundo, es un *centro de escucha* ubicado en el barrio Llano Grande que funciona desde 2018. Si bien los centros de escucha y los servicios de reducción de daños no son idénticos, ambos constituyen las modalidades fundamentales de atención comunitaria al consumo de drogas en Colombia y pueden ser analizados de manera comparativa.

A continuación, se presenta una descripción de los barrios Sucre y Llano Verde, donde tienen lugar las acciones prevención y atención al consumo de SPA. Luego se considerará la red operativa y el funcionamiento del programa de reducción de riesgos y daños del barrio Sucre, y de los centros de escucha en general. Posteriormente analizaremos las relaciones entre sistematización y financiamiento de dichas modalidades de intervención social. Esta ruta ofrece una comprensión de la implementación de las líneas de acción de la política nacional de atención al uso de sustancias psicoactivas (Colombia, 2019) basadas en el CBT, en el *Modelo de inclusión social* (Colombia, 2007a) y en sus posteriores desarrollos.

El barrio Sucre está ubicado en la Comuna 9 (véase anexo F), en el centro de la ciudad. Caracterizado por la presencia de “inquilinos”¹⁸ y locales dedicados al comercio informal e ilegal, el barrio es reconocido como epicentro del microtráfico y del consumo de sustancias psicoactivas (Municipio de Santiago de Cali, 2008). En el sector transita una población significativa de habitantes de calle y se ha detectado la presencia de pandillas dedicadas al hurto y a la venta de armas. De igual manera, se reportan conflictos constantes entre los grupos delincuenciales y riesgos de desplazamiento intraurbano relacionados con la implementación de proyectos de renovación urbana (OCHA, 2014).

18. Lugares donde se rentan habitaciones por días. Sus precios son bajos en comparación con hostales y similares. Por lo general albergan poblaciones marginalizadas y flotantes.

Por su parte el barrio Llano Verde está ubicado en la Comuna 15 (véase anexo G), al oriente de la ciudad de Cali. Nació en 2013 como proyecto de vivienda gratuita para víctimas de desplazamiento forzado en el marco del conflicto armado. La población afrocolombiana que se ha asentado allí por causa del conflicto proviene de la costa pacífica y del suroccidente del país, lo que enriquece la pluralidad étnica y cultural del barrio. Este proyecto urbanístico se destinó igualmente para víctimas de desastres naturales, dado que limita con un jarillón o dique del río Cauca. Su ubicación cercana al dique es estratégica pues facilita el transporte informal, aunque persisten los problemas de movilidad debido a la mala planeación. La asignación de las viviendas no ha sido suficiente para generar una mejora en la calidad de vida. Además, hay una elevada tasa de feminicidios y otras violencias (OCHA, 2014). Los programas de seguridad de la alcaldía no ofrecen la cobertura requerida, y los problemas asociados con la criminalidad y expendio y consumo de drogas son una amenaza para los demás habitantes del barrio, quienes resultan siendo discriminados y asociados con dichas conductas delictivas (OCHA, 2014).

Tanto en Sucre como en Llano verde, la comunidad cuenta con la presencia frecuente de instituciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en diferentes áreas de la asistencia social,¹⁹ pero, dichas iniciativas, son insuficientes y desarticuladas. La Oficina para la Coordinación de los Asuntos Humanitarios (OCHA) de la ONU documentó la situación humanitaria de estos sectores en 2014 y propuso fortalecer los “comités interinstitucionales”, la “descentralización administrativa” e impulsar la participación política de los variados sectores de la comunidad (OCHA, 2014). No obstante, las problemáticas sociales continúan agudizándose.

4.2.1 La Red Operativa

El Grupo de Salud Mental y Convivencia Social, subdivisión de la Secretaría de Salud Pública Municipal, es la autoridad responsable de coordinar la operación de los centros de escucha que operan en sectores como Llano Verde, así como de la supervisión del programa de reducción de riesgos y daños del barrio Sucre. El esquema administrativo y contractual del Programa y del Centro son muy similares. Apoyándose en sus distintos grupos, la Secretaría coordina el trabajo de ciertas Empresas Sociales del Estado (ESE)²⁰ para realizar el plan de acción del sector salud. A su vez la ESE del territorio correspondiente contrata a una organización no gubernamental como operadora para que ejecute lo previsto para cada centro

19. La oferta de servicios incluye: uso del tiempo libre, cuidado del medio ambiente, construcción de infraestructura social, convivencia familiar, educación, emprendimiento, prevención del consumo, atención psicosocial, autoprotección, salud, veeduría y participación, nutrición, formación en derechos, comunicación, paz, habilidades para la vida y alojamiento.

20. Entidades mediante las que el Estado colombiano presta servicios públicos, principalmente de salud. Podrían corresponder a un solo establecimiento, como un hospital, pero suelen abarcar una red de hospitales y centros de salud. Funcionan con autonomía administrativa y recursos separados, es decir de manera relativamente independiente a los gobiernos nacional y municipal.

o programa. Finalmente, la organización operadora, en este caso, la Corporación Viviendo, contrata equipos de profesionales y técnicos para realizar las acciones necesarias para el funcionamiento de los servicios.

Los equipos de contratistas del Programa de Reducción de Riesgos y Daños y de los centros de escucha están organizados de manera parecida. Ambos están conformados por *profesionales de campo*, *operadores comunitarios* y *pares*. Los primeros son funcionarios que provienen del área de las humanidades, frecuentemente de psicología, trabajo social o sociología, y realizan todas las actividades propias del centro o servicio, y los segundos son los que realizan la interconexión entre los servicios y la comunidad. Los operadores trabajan con público en general, mientras que los pares se relacionan más con los sectores de la población más discriminados y excluidos. Existe una *coordinación territorial* que se encarga de crear y mantener los vínculos institucionales, supervisar la sistematización y planear acciones. Lejos del terreno, como parte de la sede administrativa, está la *coordinación general*, quien supervisa y dirige la labor de los equipos que componen los ocho centros de escucha de la ciudad de Cali. Esta coordinación mantiene contacto con instancias institucionales de financiamiento y veeduría, integra la sistematización de los distintos centros de escucha en documentos de síntesis, asesora y forma a los equipos, sosteniendo en general la gestión de calidad y las labores administrativas.

Como dijimos anteriormente el programa de reducción de riesgos y daños y los centros de escucha se relacionan tanto con actores comunitarios excluidos, como con quienes los excluyen. Por esto se emplean los dos tipos de operadores dado que los *pares* facilitan las relaciones con los sectores que la comunidad excluye, mientras que los *comunitarios* son personas que tienen reconocimiento general y se ocupan de las relaciones con diferentes sectores. En general, la diferencia entre las funciones de los operadores pares y comunitarios es la siguiente: mientras que en el caso del operador comunitario existen acuerdos definidos, cuando se trabaja con pares es necesario acordar constantemente con cada uno de ellos sus responsabilidades diarias. Esto porque hay pares cuyas rutinas no corresponden a dinámicas laborales y el cumplimiento de metas y horarios puede resultarles extraño e inconveniente. Por otro lado, buena parte de los pares comparten la experiencia de haber consumido sustancias psicoactivas y de haber vivido en la calle. El caso del operador par de Llano Verde es una excepción a la regla. Él, al contrario de otros pares, no es consumidor. Su calidad de par radica en ser un estudiante, habitante del barrio, que trabajó en una Zona de Orientación Escolar (ZOE)²¹ de un colegio cercano y conoce la metodología intervención. Con todo, las diferencias operativas parecen señalar que se procura cierta flexibilidad en el trabajo del operador par en comparación con el comunitario.

21. Un *dispositivo comunitario*, así como los centros de escucha, pero adaptado a los entornos educativos.

4.2.2 Funcionamiento del programa de reducción de riesgos y daños en Sucre

El Programa inició en 2015, respondiendo a un diagnóstico según el cual el consumo de heroína en el barrio era de magnitud importante y necesitaba una intervención urgente. Desde entonces lo más característico de esta iniciativa es el intercambio de material usado para el consumo de heroína y el servicio piloto de administración de metadona. El intercambio corresponde a la línea de atención *comunitaria* o consumo en menor riesgo, mientras que el tratamiento con metadona pertenece a la línea llamada *clínica*.²² Esta situación específica ha generado modificaciones en el funcionamiento del CBT, ya que, en su propuesta original, el marco de necesidades y respuestas debe surgir desde la comunidad. La coordinadora del Programa explica que, bajo las condiciones de Sucre, para garantizar los servicios a las personas que se inyectan fue necesario “imponer los servicios desde afuera” y por “iniciativa técnica” porque, como bien lo afirma, “la misma comunidad tiene resistencias; no acepta el consumo de sustancias, ni mucho menos el consumo de heroína en el espacio público, ni que exista además un programa que no lo erradique, sino que ayuda a que se sostenga”.

Desde el punto de vista conceptual, el enfoque poblacional del Programa diverge de la teoría de redes y de los planteamientos del tratamiento comunitario que inspiraron el *Modelo de inclusión social*. Lo anterior porque el CBT entiende el consumo (y el tratamiento) desde una perspectiva sistémica y no como una acción individual desconectado de las redes comunitarias. Desde esa postura sería difícil entender por qué la atención se focaliza en un segmento poblacional y en la sustitución de sustancias sin desarrollar procesos comunitarios de inclusión social.

Desde el inicio del programa en 2015, el equipo de la Corporación Viviendo ha ido analizando las acciones necesarias para hacerlo sostenible y eficaz. Hacia el 2018 se tomó la decisión de fortalecer la articulación con la comunidad. Esto implicó trabajar más en cambiar las representaciones sociales que la comunidad local tiene sobre el consumo de drogas (una acción prevista en el CBT pero que aquí fue revelándose como una necesidad dada la naturaleza y origen del programa). De modo que, aunque la atención a los usuarios de heroína constituye el eje del programa, fue necesario comenzar a desarrollar ciertas acciones dirigidas a otros sectores. De esa manera, el programa de reducción de riesgos y daños incorporó algunos elementos del CBT y del *Modelo de inclusión*, principalmente aquellos relacionados con crear redes de soporte comunitarias que hicieran viable la instalación de servicios adicionales para inyectores, integrando una nueva función al modelo

22. La administración de este fármaco es un procedimiento terapéutico que apunta a reemplazar, reducir, o mantener el consumo de heroína, sustituyéndolo total o parcialmente de manera supervisada y técnica. La sustancia se emplea bajo el argumento de que sus propiedades moleculares bloquean o limitan la acción farmacológica de la heroína en el cerebro, lo que posibilita que la sustitución sea exitosa. Este tratamiento es una forma de *mitigación*, pues la metadona es un psicoactivo que genera dependencia en el usuario, pero los riesgos y daños asociados con ésta son significativamente inferiores que los asociados con la heroína.

de atención denominada *articulación comunitaria*. En seguida consideraremos los *ejes* o funciones del Programa, comenzando por los servicios focalizados en los usuarios de drogas y terminando con las acciones de *articulación comunitaria*.

- *Acceso a material higiénico de inyección*: el usuario de heroína por vía inyectada normalmente se acerca al espacio donde se presta el servicio. También puede suceder que mientras el equipo recoge de la calle las jeringas usadas, contacte por primera vez a algún usuario. Una vez la persona consumidora inicia su contacto con el Programa, se le pide que muestre dónde se inyecta, para verificar que consume. Hecho esto, el usuario puede acceder a un kit con material higiénico, que incluye jeringas nuevas, agua destilada, y otros elementos como cazoleta y filtro, para inyectarse de manera menos riesgosa. Posteriormente se inicia el proceso de acogida que consiste en una entrevista voluntaria en la cual se indaga por su situación sociodemográfica, trayectoria de consumo y tratamiento, y redes familiares, entre otros temas. Surtida la acogida, se le asigna al usuario un código de identificación con el que puede regresar periódicamente a recibir kits adicionales. Después del enganche el usuario puede acceder directamente a otros cuatro servicios: atención psicológica, escucha activa, formación y ocupación del tiempo libre. A través de estas puertas de entrada al tratamiento la persona puede seguir un proceso de acompañamiento, y acceder a otras rutas de atención psicosocial, procurando la restitución de derechos ante autoridades administrativas o judiciales.
- *Atención psicológica*: se da únicamente por solicitud voluntaria. Puede ser de corta duración (cuando se trata de emergencias) o constituir un proceso terapéutico. Frecuentemente se orienta a la mitigación de los impactos del consumo y a la atención de conflictos emocionales. Puede resultar en la remisión a un tratamiento en el sistema salud o en la derivación a *Escucha activa*: procedimiento menos formal que la atención psicológica. Permite una expresión libre de la persona que usa el servicio, quien, dicho coloquialmente, puede entonces “desahogarse”. Frecuentemente da lugar a demandas de atención en salud, cedulación (trámites de documentos de identidad) o alojamiento. Las demandas se atienden a través de la activación directa de otras rutas, o del acompañamiento. La coordinadora territorial menciona que todos los profesionales de campo pueden hacer escucha activa, aunque su profesión no sea la psicología.
- *Acompañamiento*: un miembro del equipo literalmente va junto con el usuario del servicio, para facilitar que éste gestione cierta necesidad por sus propios medios, y cultivar su autonomía. Por ejemplo, se acompaña a la persona para que acuda puntualmente a cierta cita médica, yendo a su hogar para invitarle a asistir, verificando que lleve la documentación correcta al sitio correspondiente, conduciéndole hasta allí, etc. Se espera que el acompañamiento resulte en la activación de otras rutas.

- *Activación de otras rutas:* frecuentemente resulta de la atención psicológica; por ejemplo, una persona decide solicitar al sistema general de salud un tratamiento para dejar por un tiempo de consumir, o para condiciones relacionadas como VIH y Hepatitis C. El usuario puede ser remitido como resultado de la atención psicológica, o puede llegar mediante el acompañamiento.
- *Formación:* Esta acción se relaciona principalmente con prácticas de inyección menos riesgosas, como el uso de cazoleta y filtro. Igualmente, con el manejo de sobredosis, para lo que se sugiere el uso del fármaco naloxona, entre otros aspectos.
- *Ocupación del tiempo libre:* incluye lo previsible, como talleres de dibujo y lectura, que atienden a los intereses propuestos por los propios usuarios del servicio. También hay otros elementos como el Muro Exprésate donde quien lo desee puede comentar los temas que desee de manera anónima, inclusive para criticar al Programa. Además, hay un componente de ejercicio de la ciudadanía y los derechos, que culmina lo relacionado con el ocio. Entre otras acciones, los pares usuarios de heroína se han sentado a discutir y formular los derechos de los usuarios de psicoactivos en general, y en especial en salud mental. Este trabajo está publicado en el punto de atención, en la forma de cartelera. Se espera que gradualmente resulte en grupos de usuarios empoderados ante las autoridades.
- *Restitución de derechos:* Se trata de la garantía de cierto derecho reconocida y prestada eficazmente. Puede darse en el proceso de activación de otras rutas; cuando la ruta se interrumpe indebidamente en algún punto, el caso se gestiona mediante cartas formales y remitiendo el caso a Secretaría de Salud.
- *Articulación comunitaria:* éste es el componente de carácter secundario, que resuena con el tratamiento comunitario propio de los centros de escucha. Se refiere a la atención a la comunidad en general y al fortalecimiento de redes comunitarias, incluye trabajo con vecinos, familias y personas cuidadoras de los usuarios de psicoactivos, e inclusive se ofrece formación a funcionarios (p.ej., agentes de policía) y empresas.

La *articulación comunitaria* es una función compleja que amerita aclaración. Incluye aspectos de escucha activa y de atención psicológica dirigida a que la comunidad fortalezca sus vínculos con las personas consumidoras. Por ejemplo, la psicóloga del equipo ha organizado un grupo de apoyo para personas cuidadoras, en el que pueden compartir sus experiencias. Sin embargo, funciones como el acompañamiento, la activación de otras rutas, o la ocupación del tiempo libre no se despliegan completamente para la comunidad no consumidora; recordemos que no se trata de asumir el papel de un centro de escucha. La articulación comunitaria implica también realizar acciones de educación no formal. Esto beneficia a la

comunidad en general, con temas como el manejo de sobredosis con naloxona y la comprensión de la complejidad del consumo. La educación se imparte a través de la interacción individual, por ejemplo, se dialoga con los vecinos aprovechando encuentros cotidianos. El equipo se ha encargado de ir hablando directamente con los vecinos para conocer su comprensión del problema, las soluciones que proponen, y reconocer limitaciones como el hecho de que el consumo de heroína seguirá existiendo. Adicionalmente se da a través de acciones formalmente definidas como educativas, como talleres informativos dirigidos a empresas o instituciones estatales: por ejemplo, se invita a la Policía Nacional a cooperar, explicando lo que puede suceder cuando un usuario de heroína queda retenido y luego sufre un síndrome de abstinencia.

La función de articulación comunitaria tiene una razón de ser muy clara: El equipo ha percibido resistencias en la comunidad en torno al uso de la heroína, sus usuarios, y el programa mismo. Quizás el ejemplo que mejor sirve para ilustrar esta situación es la posible ubicación de una *sala de consumo controlado*²³ en el barrio, lo que sería una experiencia pionera en Colombia. Las resistencias al respecto han sido tenidas en cuenta por el equipo del programa, que ha respondido desarrollando encuestas para objetivar las opiniones de los vecinos. En general la realización de encuestas empieza por explicar en qué consiste una sala de consumo. Explicado lo anterior, se indaga en la actitud que la comunidad tiene frente a la instalación de uno de estos espacios en el barrio. Al momento de nuestro trabajo de campo la encuesta no estaba terminada, pero los avances le permitieron al equipo del Programa formular algunas hipótesis: la comunidad del barrio Sucre comprende el concepto de *sala de consumo* y se muestra interesada, percibiéndolo como una manera válida de evitar que el uso de heroína suceda “a la vista de todos”. Esto porque no es extraño ver a personas dormidas en la calle luego de haber consumido heroína y todo esto preocupa a los vecinos. Por supuesto les interesa saber qué hacer en caso de sobredosis, y sienten “pesar” por lo que pueda pasar con “los muchachos”.

Sin embargo, según postula la psicóloga del equipo, los usuarios no son percibidos por los vecinos como una parte de la comunidad del barrio Sucre. Algunos de ellos consideran que los usuarios son un grupo que “llega al sector”, afectando a sus residentes. Aparece claramente la figura de la invasión y del agente externo que daña el barrio. De modo que la comunidad comprende por qué puede ser razonable abrir una sala de consumo, pero rechaza la idea de ubicarla en el sector. Al respecto algunas personas sugieren que el consumo sea permitido, pero en un lugar lejano y preferiblemente separado de las áreas urbanas. Es importante resaltar que según la profesional entrevistada no toda la comunidad piensa de esa manera.

23. Un centro para que las personas usuarias de ciertas sustancias psicoactivas, la heroína en este caso, puedan ir a inyectarse su dosis personal, bien sea autónomamente o con la ayuda de personal preparado para ello. Estas salas se instalan con el fin de disminuir los riesgos para la salud y acercar a los usuarios a otros servicios.

En el relato administrativo, evidente en la caracterización oficial (Alcaldía de Cali, 2008, p. 16) y en el informe de la OCHA (2014), se considera que el barrio Sucre es un sector caracterizado por el consumo. Pero esa observación es una forma de estigmatización que preocupa a los habitantes del sector, pues llega a limitar su acceso al empleo. Entonces no sorprende que para una parte de los vecinos sea importante contender contra el relato administrativo que relaciona a su barrio y a ellos mismos con las drogas ilícitas. La respuesta que se elabora entonces es un contrarrelato en que el barrio se ve invadido a la fuerza por los consumidores que traen problemas y que por esta razón están afectando a sus habitantes legítimos.

Los retos de la articulación comunitaria también pasan por la cooperación interinstitucional. En principio una de las tareas de todo dispositivo comunitario es transformar las representaciones que los líderes y redes del barrio tienen en torno al consumo de psicoactivos. Esto con el fin de reducir el estigma y facilitar la inclusión de los consumidores. Sin embargo, según la coordinadora del Programa, existe el riesgo de que algunos equipos acepten las representaciones existentes en las comunidades, aunque en alguna medida sean excluyentes, procurando que los vecinos más conservadores no interfieran con el trabajo.

4.2.3 Funcionamiento de los centros de escucha: caso Llano Verde

Según comenta la coordinadora de los ocho centros que opera la Corporación Viviendo, en Cali, los cinco ejes de atención al consumo de drogas son: *asistencia básica, organización de subredes, salud y terapia, trabajo, y educación*. Los centros de escucha de otros lugares, al igual que otros dispositivos comunitarios como las ZOE y las ZOU,²⁴ cuentan con ejes equivalentes en concordancia con el modelo ECO2 y el CBT. De todas formas, es importante aclarar que los nombres pueden variar y no es extraño que sus contenidos no coincidan exactamente. Para la coordinadora general, un *centro de escucha* se caracteriza por diferenciarse de los modelos de intervención social prediseñados por expertos que luego se aplican a un entorno comunitario. Por el contrario, cada centro se construye con la comunidad y en el territorio. Desde el diagnóstico inicial se sostienen espacios de diálogo con los actores locales en que se les solicita la información necesaria para el centro teniendo en cuenta críticas y puntos de vista diversos. Estos son los insumos para diseñar la intervención. El modelo parte de la base de que cada comunidad, y cada persona en situación de sufrimiento social en el interior de esta, tiene aquello que la coordinadora general denomina “voz propia”.

24. Son dispositivos comunitarios al igual que los centros de escucha, pero se caracterizan por operar en cierto tipo de instituciones: Las Zonas de Orientación Escolar corresponden a instituciones de educación básica y secundaria (colegios o escuelas de primaria y bachillerato). Las Zonas de Orientación Universitaria corresponden a instituciones de educación superior como universidades o centros de educación técnica y tecnológica.

Al saber de la coordinadora del centro en Llano Verde, se trata de “no estar sentados en la silla y esperar a que la gente llegue” sino salir a buscar a la comunidad para lograr construir “relaciones genuinas”. Dichas relaciones tendrían una característica que las distinguiría de aquellas que se tejen en torno al programa de Sucre. En el Programa las relaciones serían más “instrumentalizadas”, mientras que en los centros de escucha se forjan vínculos de *parcería*.²⁵ La *escucha* sería el fundamento de dicha *parcería* en la medida en que quien capta las demandas debe ser capaz de suspender provisionalmente sus preceptos morales, tal como ocurre con las representaciones sociales que vinculan consumo y delincuencia. Bajo esta particular lectura del CBT y el *Modelo de inclusión* la “voz propia” funciona como metáfora maestra e hilo conductor de los distintos ejes.

Adicionalmente, el propósito de cada eje es propiciar un efecto de interrelación en red para que la comunidad local cree cierta *capacidad de respuesta*.²⁶ Por esta razón dimensiones como el trabajo y la educación están concebidos como la capacidad de la comunidad para generar respuestas a las situaciones de sufrimiento social en términos de difusión de conocimientos y productividad. Por tales razones, el equipo de coordinación de este centro de escucha considera que desarrollar con la comunidad local un trabajo que tenga en cuenta los cinco ejes que se explorarán a continuación es la mejor manera de reducir el estigma frente a los usuarios de drogas. Implica hacer que la comunidad “abra la mirada” y comprenda que sus propias capacidades educativas y laborales son una respuesta válida a la vulnerabilidad asociada al uso problemático de psicoactivos y situaciones conexas. Los centros de escucha en Cali contemplan las siguientes funciones:

- *Asistencia básica*: se refiere al mejoramiento de condiciones de higiene, salud, alimentación y seguridad. Cuando este tipo de asistencia se despliega aisladamente, no genera transformaciones sostenibles, pero responde a necesidades urgentes. Sin la asistencia básica sería difícil contar con la cooperación de la comunidad local. Si bien los equipos en territorio no suelen contar con una oficina o espacio definido, los funcionarios del centro de escucha se ocupan de prestar asistencia básica directa, recorriendo el territorio y realizando visitas domiciliarias. Como se mencionó anteriormente, dentro del programa de reducción de riesgos y daños, el CBT y los lineamientos del Modelo de inclusión cuentan como instrumentos desarrollados en función de los servicios para usuarios de heroína. En los centros de escucha, por el contrario, un servicio de intercambio

25. En Colombia, en este contexto, las palabras “parce”, “parcero” y similares aluden a una amistad especialmente fuerte y cercana.

26. De acuerdo con el *Modelo de inclusión*, la *prevención*, la *mitigación* y el *tratamiento*, son las estrategias de la atención al consumo. Igualmente, con una importancia paralela a éstas, la generación de *capacidad de respuesta* se refiere a las condiciones técnicas, institucionales y financieras que las complementan.

de material para inyección es apenas una actividad de reducción de daño enmarcada dentro del eje de asistencia básica.

- *Salud y terapia*: tiene algunos elementos que el equipo del Centro puede administrar directamente, como la escucha activa y la terapia psicológica formal. Éste también incluye la derivación hacia otras instancias de respuesta, como los servicios médicos del sistema de salud para ciertas medidas de desintoxicación, terapias sostenidas orientadas al cese del consumo u otras necesidades.
- *Trabajo*: es un eje importante dada la precarización económica de la comunidad local determinada por la falta de oferta laboral, la informalidad y la existencia de las economías ilegales que se constituyen como fuente de ingreso. De ahí que el centro procure establecer oportunidades de acceso a trabajos formales y a emprendimientos.
- *Educación*: incluye elementos formales e informales, sean referidos a las situaciones de sufrimiento social, o a la educación secundaria general.
- *Organización de subredes*: se entiende como la gestión de una red de recursos comunitarios. Esta actividad consiste en inventariar las respuestas que la comunidad y la administración pública ofrecen en el territorio. El equipo que realiza esta tarea es denominado red operativa. Sus recursos son muy importantes porque permiten conectar al proyecto con los líderes de opinión e instituciones locales que constituyen la red subjetiva comunitaria. A nivel individual, está la denominada red subjetiva, constituida por las personas más cercanas a los usuarios del centro. Es precisamente sobre este entramado que recaen varias de las acciones de reducción de daños. Existen también otros tipos de redes de diferentes escalas que vinculan actores externos a la comunidad local.

Un ejemplo del tipo de acciones por medio de las cuales se realiza la organización de subredes es la *Feria de Servicios*. Durante el trabajo de campo en Llano Verde fue posible presenciar este evento que se realiza semestralmente. Conviene recurrir a esta actividad para ilustrar las prácticas relacionadas con el trabajo en red. La feria se realizó en un parqueadero ubicado al lado de la cancha de fútbol del barrio. Allí se instalaron varias carpas, algunas correspondientes a entidades de la Alcaldía, como la Secretaría de Vivienda. Otras albergaron a organizaciones comunitarias y sociales. Una organización de adultos mayores aprovechó el espacio para publicitar las artesanías que fabrican sus integrantes. También hizo presencia la Fundación Batuta, que ofrece formación musical, y sería un ejemplo que conecta con el eje *educación*.

Durante los días anteriores el equipo del centro de escucha había invitado a las personas de la comunidad, en efecto ese día varias llegaron allí, para inscribirse en la carpa correspondiente al servicio institucional o comunitario de su interés. Según el equipo del centro de escucha la *feria de servicios* es útil para conformar la *red de recursos comunitarios* que las carpas simbolizan. También es una oportunidad para que el equipo trabaje sobre sus relaciones con la comunidad, inclusive en los días previos dedicados a la convocatoria; lo que en términos de redes contribuye a conectar a la *red operativa* con la *red subjetiva comunitaria*. Cuando la feria de servicios no se está realizando, el equipo del centro visita los hogares de los vecinos, realiza acciones de canalización y los invita a participar en actividades de animación comunitaria.

4.2.4 Sistematizar para recoger evidencias

Los componentes clínico y comunitario del programa de reducción de daños están bajo supervisión de la Secretaría Municipal de Salud de Cali. Cuando una persona se acerca al Centro o al Programa, en un primer momento se intenta establecer una relación de confianza. Si esto ocurre se invita al usuario a responder una entrevista estructurada corta. Realizada la entrevista, se abre un *caso* con el fin de monitorear los avances a nivel individual. Los casos individuales luego se sintetizan en informes presentados a la Secretaría periódicamente. Éstos deben ser adecuados para la evaluación de los productos, resultados e impactos de cada proyecto en el transcurso de un mes o de un año. La información así generada luego circula en otras instancias. Por ejemplo, la Alcaldía la emplea para definir los resultados de su gestión o el Concejo para debatirlos. Así las acciones de los servicios se transforman en datos.

Puesto que las formas de sistematización están enmarcadas en la lógica de la supervisión, no se analiza en detalle ambas posibilidades, sino que, a modo de ilustración, el foco está en los centros de escucha. En estos dispositivos la información sistematizada puede clasificarse en dos grandes categorías. De un lado está el *despliegue general del centro* consistente en la actualización del diagnóstico elaborado al inicio del proyecto. Dicho diagnóstico se ocupa de caracterizar varios aspectos de la comunidad y del territorio tales como: historia, representaciones sociales, ideas sobre el éxito y el fracaso de las intervenciones sociales, conflictos y otros aspectos culturales relevantes. La parte general también comprende un *análisis de subredes*, para identificar a líderes formales e informales que influyen en la opinión de la comunidad, entendiéndolos como recursos articulables al centro. De esta manera se determina cuáles son sus relaciones con los distintos actores de la comunidad y se describe el impacto de estos vínculos en el desarrollo del proyecto. Finalmente, la información del análisis de subredes se organiza en *matrices de adyacencia*. Esto contribuye a dar un fundamento estratégico al centro.

El segundo aspecto importante de esta forma de sistematización es el tratamiento dado a los casos individuales. El instrumento clave para esto es la Hoja de Primer Contacto (HPC), que se llena a través de una entrevista durante el primer encuentro formal con el usuario. Se trata de un cuestionario que indaga por las demandas del usuario, identifica el contexto socioeconómico y su red de recursos, describe algunos hábitos relacionados con el consumo de drogas y determina las respuestas que el Centro ha de proponer. Si se generan demandas breves, éstas pueden ser atendidas mediante orientación, información, acompañamiento, canalización a otros servicios o escucha activa. Si las demandas son más complejas, y se relacionan con mayor vulnerabilidad, se aplican ciertos instrumentos de seguimiento como los *comités de caso*. En esta instancia se analizan los casos individuales mediante los llamados *seguimientos de procesos personales* (SPP) en que se registra cuáles actores se han involucrado con el caso y qué respuestas han sido generadas. También se tienen en cuenta los *diarios clínicos*, documentos que dan cuenta de los procesos formales de atención psicológica. Toda esta actividad se va registrando en *diarios de campo* realizados sistemáticamente.

4.2.5 El financiamiento y las eternas crisis del trabajo comunitario

Los centros de escucha sufren de cierta inseguridad financiera. El programa de reducción de daños también atravesó esas dificultades, pero no ha logrado suficiente estabilidad. A primera vista lo que sucede es que los procesos de contratación deben comenzar y terminar en un mismo año o vigencia fiscal. Entonces, los primeros meses del año suelen emplearse en los preámbulos administrativos relacionados con la planeación y el presupuesto, luego en los procesos de selección y contratación, y solo se llega al punto de la ejecución de contratos meses después. Aunque al final se giran los fondos de todo el año y no sólo de los últimos meses, hay períodos de tiempo en que los proyectos están desfinanciados. Ante esta eventualidad las organizaciones operadoras y los contratistas deben prestar recursos propios a los proyectos, o gestionar alternativas. Para un directivo de la organización operadora, lo ideal, a fin de potenciar el impacto, es que la contratación sea plurianual.

Se dice que todos los miembros de los equipos comparten una actitud solidaria ante las situaciones de sufrimiento social. Esta idea cobra un peso tangible al considerar la cuestión del financiamiento, pues formar parte de estos equipos significa no permitir que el proyecto se acabe en los meses en que no hay recursos, sosteniendo las relaciones con las comunidades. Lo que esto implica es que la mayoría de los contratistas ha vivido la experiencia de trabajar sin recibir remuneración durante varios meses, inclusive en el programa de reducción de riesgos y daños. Entre tanto, las personas de la comunidad sufren la inestabilidad pues continúan con la expectativa de suplir sus demandas. Esto genera frustración y dificulta que la gente recupere la confianza en el equipo.

Lograr un financiamiento estable depende en parte de que exista voluntad política por parte de la administración pública. Las entidades estatales son las responsables de tomar las decisiones de planeación, presupuesto y contratación, principalmente la Secretaría de Salud, la Alcaldía y el Concejo municipal. Una vez el Concejo decide incluir una modalidad de atención en la política pública del municipio, el alcalde queda obligado a definir cómo implementarla a lo largo de su mandato de cuatro años, incluyéndola en el Plan de Desarrollo. A su turno la Secretaría debe asumir un rol en dicha implementación, estableciéndolo en su Plan Estratégico Institucional, para luego presupuestar el financiamiento necesario en un marco anual y plurianual y ejecutar dicho presupuesto mediante procesos anuales de contratación.

Debido a esto, para el profesional encargado de la coordinación de pares en Sucre, el factor decisivo para alcanzar la estabilidad financiera del Programa fue su inclusión, por decisión del Concejo de Cali, en la política municipal de atención al consumo de drogas. Lograrlo, dependió de la colaboración de todo el equipo en el proceso de sistematización de resultados. Con la evidencia lista los gestores del Programa pudieron presentar su estrategia de manera precisa y persuasiva. Sobre esa base la información se transmitió por los canales regulares, del equipo hacia la Secretaría de Salud como entidad supervisora. Luego, según especula el profesional, debió existir alguna gestión de la Secretaría ante el Concejo, para que éste finalmente tomara la decisión esperada.

La Corporación Viviendo ha hecho una gestión similar para financiar los centros de escucha, sin lograr los mismos resultados. Según comenta el director de la organización, se han desarrollado los mismos procesos de incidencia política procurando llevarlos más lejos, inclusive a instancias nacionales, a través de un senador de la República, pero esto ha resultado infructuoso. Esto a pesar de que el modelo de los centros de escucha forman parte integral de la política nacional de reducción del consumo de drogas desde hace más de una década. El asunto es que haber logrado ese nivel de incidencia no garantiza recursos a escala local.

Aunque la sistematización y evaluación de resultados en los centros de escucha se lleva a cabo de manera constante y cuidadosa esto no garantiza la continuidad del financiamiento pues, como se ha venido sugiriendo, el asunto no es estrictamente técnico. Adicionalmente, esta falta de regularidad hace que en ocasiones los procesos de intervención tengan que llevarse a cabo en pocos meses cumpliendo con las metas previstas para todo el año y haciendo más desgastante la sistematización. Por ejemplo, se espera que los equipos de los centros de escucha logren cierto grado de contacto con la comunidad, expresado en el número de Hojas de Primer Contacto (HPC) diligenciadas. Esto hace que, para cumplir con los indicadores de resultado, los operadores deban diligenciar un número elevado de HPC en un tiempo insuficiente. Toda esta lógica contribuye a presionar a los contratistas para trabajar durante algún tiempo sin recursos, pues de lo contrario la organización de la que son parte, corre el riesgo de dejar de operar los servicios.

Los centros de escucha y el Programa atraviesan el mismo escenario administrativo: comparten ritmos de contratación, tipo de entidades contratantes y supervisoras, procedimientos de planeación, presupuesto, contratación, modelos de incidencia política, lógica general de sistematización y supervisión. No obstante, el Programa recibe recursos de manera continua. Esto tiene dos explicaciones. Por una parte, existe una narrativa consolidada sobre la heroína como la droga más peligrosa y devastadora. Esta narrativa no depende de los equipos territoriales ni administrativos, sino que se corresponde a relaciones sociales más abarcadoras. De cierto modo, la influencia del cine y los medios de comunicación, pero también las campañas de salud han posicionado la idea de que es necesario ofrecer a los usuarios de heroína servicios de intercambio de jeringas y terapias de sustitución de sustancias, para evitar graves crisis de salud pública. Por eso no es extraño que el programa que se ocupa de atender específicamente a los consumidores de heroína reciba un financiamiento más estable.

Por otra parte, el fraccionamiento de los proyectos y la multiplicación de las organizaciones operadoras también podría responder a los problemas de sustentabilidad. El caso de Sucre es ilustrativo al respecto: según relató el coordinador de pares, inicialmente las líneas comunitaria y clínica del Programa eran operadas por la misma organización. En un primer momento este trabajo lo hizo Acción Técnica Social (ATS) en el marco del Proyecto Cambie, que ha establecido servicios similares en otras ciudades de Colombia. ATS comenzó por acercarse a la Corporación Viviendo, ya instalada en Cali, y le propuso realizar un diagnóstico y, de ser necesario, promover los servicios para usuarios de heroína. La relación entre ambas organizaciones ha sido fluida pues hacen parte de la sección colombiana de la Red Americana de Intervención en Situaciones de Sufrimiento Social (RAISSS). ATS estableció el Programa y Corporación Viviendo eventualmente lo heredó. Sin embargo, hace alrededor de un año el Programa se fraccionó: aunque el componente de intercambio de metadona ha funcionado en otro lugar y con otro equipo, ahora además es coordinado por una persona distinta y operado por una tercera organización llamada *Pilsen Wellness Center*. Adicionalmente las organizaciones operadoras han gestionado cofinanciamiento mediante la cooperación internacional con *Open Society Foundation* para garantizar el suministro de naloxona y similares pues los recursos estatales no son constantes.

5 CONCLUSIONES

Los dispositivos comunitarios han encontrado barreras debido a la estigmatización de los usuarios de drogas, a la llegada de gobiernos autoritarios, a la reiteración de acciones represivas y a la inseguridad laboral y financiera propiciada por políticas neoliberales. No obstante, la reflexión general que dejan los últimos años de experiencias de intervención social basadas en el CBT y en el *Modelo de inclusión social* en Colombia, señalan un impacto importante en las diferentes escalas y ámbitos

de implementación de las políticas públicas para la prevención y reducción del consumo de drogas. Actualmente, y a pesar de la intensificación de las estrategias represivas de la “lucha antidrogas”, los elementos básicos de la reducción de daños y del tratamiento comunitario persisten en la *Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de Sustancias Psicoactivas* del 2019.

En seguida, y con base en los casos expuestos en estas páginas, se sintetizan las principales prácticas por medio de las cuales se implementa la política objeto de análisis en tres escenarios comunitarios distintos. Se destacarán las *posibilidades* y *tensiones* inferidas en la investigación en relación con los procesos de inclusión social de usuarios de drogas en condición de vulnerabilidad.

5.1 Posibilidades: circulación, trabajo e inclusión

Los abordajes comunitarios son heterogéneos. Son mezcla, apropiación y efecto de la interacción entre las distintas comunidades, territorios y corrientes de intervención social. Las experiencias de la Corporación Viviendo en los barrios Sucre y Llano Verde de la ciudad de Cali, muestran cómo diferentes estilos de reducción de daños pueden dialogar de acuerdo con las necesidades específicas de las comunidades locales. Así, un servicio de sustitución de sustancias, que desde el punto de vista conceptual se aparta de los postulados sistémicos de CBT, puede irse transformando, paulatinamente, en un dispositivo de escucha, optimizando los recursos disponibles para la salud pública y la voluntad política de los gobernantes locales. Esta es una estrategia de sustentabilidad llevada a cabo por instituciones que han sabido posicionar un modelo terapéutico basado en la gestión de redes sociales, frente al confinamiento, la exigencia de la abstinencia y el enfoque individualista de muchos centros de atención. A pesar de las contingencias económicas de los centros de escucha como el de Llano Verde, la Corporación, junto con las redes de instituciones aliadas y operadores solidarios (quienes muchas veces trabajan sin sueldo para proteger los vínculos comunitarios), ha podido mantener y ampliar durante casi dos décadas la apuesta por los dispositivos de inclusión social. De hecho, se constituye como una de las instituciones más destacadas en el desarrollo e implementación de intervenciones inspiradas en el modelo ECO2 y el *tratamiento comunitario* adaptadas a diferentes contextos. En otras palabras, los centros de escucha y servicios de reducción de daños se relacionan con los *modelos* de la política nacional, pero no como *moldes*, es decir series uniformes y replicables, sino como *prototipos* que se pueden reorganizar de manera experimental y tentativa.

En la experiencia del Idipron y el colectivo *Free Soul* la *circulación* resultó ser un instrumento adecuado para promover la inclusión social. Esto puede ser entendido como un proceso de *adaptación* en doble vía. Los usuarios transforman los espacios por donde circulan y al tiempo se acomodan a dichos escenarios, generando conexiones con diferentes actores. El campo de la producción artística y cultural resultó fructífero para impulsar cambios en variadas escalas: para los

jóvenes significó hallar un espacio de interlocución válido donde situar sus puntos de vista y compartir sus memorias sobre el conflicto y la violencia, poniendo el sufrimiento en palabras y símbolos que propician empatía. De igual manera, este proceso permitió incluir una contranarrativa —en este caso las historias soterradas del narcotráfico y la guerra contra las drogas en Colombia— dentro del relato de construcción de nación materializado en los guiones del Museo Nacional. Así, los proyectos creativos con poblaciones estigmatizadas y altamente vulnerables aportan a la transformación de representaciones sociales. La circulación social y espacial de este tipo de productos es a la vez un acto estético, político y terapéutico.

La manera de pensar la inclusión, a través del *adaptarse y adaptar*, se manifiesta también en las experiencias de producción de conocimiento. Los jóvenes del Idipron se plantearon una pregunta relacionada con su realidad social e histórica y para resolverla encontraron apoyo en profesionales solidarios e interesados por los mismos temas. Dicha sinergia, cuyo abordaje metodológico tiene sus raíces en la investigación acción participativa (IAP), se potencia y despliega cuando hay proyectos que propicien la mejoría de las condiciones de vida. Esto se consigue buscando financiamiento y construyendo redes interinstitucionales; trascendiendo el ámbito de la salud pública y conectando la cultura, la educación y la pedagogía; buscando lenguajes que lleguen a muchos tipos de interlocutores. La creación artística, en este caso, es un idioma para la difusión del saber que debe ser valorado, inclusive económicamente.

Por supuesto ambas modalidades no se dan aisladamente. De hecho, convergieron con el retorno de *Free Soul* a “La L”. Este ha sido el punto culminante, hasta ahora, de la circulación social y espacial de estos jóvenes. El proyecto de renovación urbana del antiguo “Bronx”, aunque incorpora una avasalladora lógica de gentrificación, ha traído a un grupo de exhabitantes del barrio de vuelta. Pero este devenir ya no es más un círculo vicioso, ahora parece haber tomado forma de espiral. Se trata de “volver diferente”. Con trabajo, con más conocimientos y conexiones, con una nueva actitud ante el consumo de drogas, con otra perspectiva. Esta transformación individual y social también puede ser conceptualizada como un proceso de inclusión. Porque el sujeto excluido no está “fuera de la sociedad”, sino que se conecta con instituciones, personas y drogas de una manera particularmente nociva. Así, el “regreso” de *Free Soul* a “la L” adquiere otra dimensión. La circulación es también un asunto político.

De igual manera, la dimensión política de la circulación social y espacial es notable en las innovaciones gestadas al interior del programa de reducción de daños del barrio Sucre en la ciudad de Cali. En este caso podemos conceptualizar como *circulación política* a las estrategias de *agrupamiento e incidencia* de los operadores pares. En los centros de escucha y en el Programa se considera que las personas consumidoras de psicoactivos u otras situaciones asociadas al sufrimiento social son

sujetos de derecho. Reconocerles como tales es medio y fin de ambos dispositivos. Lo distinto está en que en el Programa se ha realizado un trabajo de agrupar a los operadores pares para que discutan y replanteen sus derechos en materia de salud mental y en general como consumidores de psicoactivos. El trabajo de reconocerse como agentes, reflexionando sobre las modalidades de restitución de derechos se ha llevado a cabo entre los pares del servicio de intercambio de material para inyección, al igual que con los del tratamiento piloto con metadona que se asocian en un *grupo de apoyo*. Esto supera la agencia individual y apunta el empoderamiento y a la incidencia política de los usuarios de drogas.

Por último, las diversas modalidades y dimensiones de la circulación comparten un elemento clave sin el cual no se podrían lograr dinámicas de inclusión social. Sin autonomía económica, la posibilidad de recaer en ocupaciones ilícitas es elevada. Por esto la oportunidad de acceder al trabajo remunerado es clave para lograr impactos sostenibles en los usuarios de los dispositivos comunitarios.

5.2 Tensiones políticas, legales y técnicas

Este tipo de procesos nos enfrentan directamente con el asunto de la sustentabilidad. Un tema difícil se presenta cuando los procesos comunitarios no pueden demostrar el impacto requerido por los entes financiadores. Sumado a esto, las lógicas de financiamiento de los proyectos contraponen coberturas a procesos, es decir, privilegian intervenciones sociales rápidas cuyos resultados son evaluados en términos del número de personas impactadas. Esta clase de indicadores alimenta el asistencialismo, promueve la cooptación de la participación e impide acompañar a las comunidades. El tema se agudiza cuando la estructura burocrática ha sido debilitada por la flexibilización laboral y las reformas neoliberales a los sistemas de salud y trabajo. Tiempos adversos de contratación hacen que los equipos roten y que los técnicos formados deserten o tengan que trabajar sin recursos esperando el financiamiento. El efecto de estas tensiones va a ser siempre el mismo: generar desesperanza, sobreintervenir y usar a las comunidades locales.

Pensar en sustentabilidad es pensar también en las barreras de acreditación para el trabajo de los operadores *pares*, agentes fundamentales en las intervenciones comunitarias. Puesto que generalmente no tienen grados de educación formal, no es posible vincularlos debidamente a los proyectos pagándoles salarios dignos, lo cual significa que su trabajo casi siempre es “voluntario” y de “poco valor”. Esto dificulta la participación sostenible y genuina de agentes comunitarios en las intervenciones sociales.

La inversión debe estar conectada con la producción de evidencia y la respuesta a las preguntas producidas por la propia comunidad. Se trata de conseguir buenos análisis estimulando la generación de mecanismos alternativos para la producción y circulación de conocimiento que aporten a mejorar las condiciones de vida y a propiciar redes de cuidado y convivencia. Pero el dónde invertir también tiene que ver con el papel de las autoridades locales. Cuando hay compromiso de estas

instancias los procesos perviven y dan frutos, pero cuando sucede lo contrario, lo que encontramos son organizaciones civiles trabajando aisladamente, compitiendo por recursos y debilitando la confianza de la comunidad.

Hay poca capacidad de respuesta para tratar adicciones graves, esto debe ser recalcado, pues cuando hablamos aquí de lo comunitario no estamos diciendo que en ciertos casos no se necesiten las intervenciones clínicas institucionalizadas, sino que los abordajes deben dialogar mientras sean éticos y estén enmarcados en los derechos humanos.

La institucionalidad tiene la tendencia de “convertir todo en servicios”, de formalizar lo informal e integrarlo a la máquina de gobierno, y eso hace que lo informal pierda su fluidez y potencial para el cambio. Es importante observar qué se gana y qué se pierde cuando un modelo ha sido exitoso en lo local y se pretende reproducir a escala nacional. Otra cuestión relacionada con este tema tiene que ver con los riesgos de formalizar lo informal y de paso convertir las respuestas espontáneas en metodologías prefabricadas. Aquí ya no habría autonomía puesto que el método abstraído del contexto impide la transformación o como se dice coloquialmente, las cosas cambian para seguir igual. Lo anterior para decir que la idea de informalidad es polivalente y que los intentos por domesticarla pueden acarrear efectos inesperados pues informales son tanto los tratamientos dañinos que aíslan sujetos y violan sus derechos humanos, como las experiencias de autoorganización que configuran sus propias prácticas de prevención y regulación.

Cuando se trabaja en comunidades locales donde hay presencia de tráfico de drogas y de actores armados es difícil construir redes, mapas, diagnósticos, ubicar dónde están las personas y los lugares de riesgo, puesto que estas metodologías y procesos pueden constituirse en amenazas para los equipos que realizan las intervenciones. No hay que olvidar que la comunidad también está compuesta por personas y organizaciones (legales e ilegales, informales e institucionales) que se reciben beneficios del tráfico de drogas y que no tienen ningún interés en que su circulación de se reduzca.

La intervención comunitaria afronta varias dificultades: por un lado, la seguridad de los equipos está en juego, por otro, la satanización que se ha hecho de la droga y la criminalización del consumo fortalecen lo ilegal gracias a la analogía entre peligro y ocultamiento. Ante este panorama cabe preguntarse: ¿Cómo construir seguridad y vínculos en contextos inseguros? La respuesta que los dispositivos de inclusión social han encontrado es que esto se consigue “estando ahí”, generando relaciones afectivas, de intercambio, de confianza y apoyo (con efecto terapéutico) que permiten construir seguridad en medio de la inseguridad, no solo para los equipos sino también para aquellos actores que se puedan sentir amenazados con una intervención de este tipo.

REFERENCIAS

COLECTIVO FREE-SOUL. **Renovando el olvido**: ensamble de investigación social y creación artística – proyecto ganador Beca Bogotá Diversa para proyectos dirigidos a sectores sociales. Bogotá: IDARTES, 2017.

COLOMBIA. Ley nº 11, de 15 de septiembre de 1920. Sobre importación y venta de drogas que formen hábito pernicioso. Bogotá, 1920. Disponible en: <<https://bit.ly/34E6tsN>>. Acceso en: 1 de sept. 2019.

_____. Ley nº 116, de 24 de noviembre de 1937. Por la cual se dictan algunas disposiciones sobre especialidades farmacéuticas y drogas heroicas. **Diario Oficial**, Bogotá, n. 23671, 5 de enero 1938. Disponible en: <<https://bit.ly/2WE9rsT>>. Acceso el: 1 sept. 2019.

_____. Decreto nº 14, de 19 de enero de 1955. Por el cual se dictan disposiciones sobre prevención social. **Diario Oficial**, Bogotá, n. 28.661, 1965. Disponible en: <<https://bit.ly/2M47F27>>. Acceso el: 4 sept. 2019.

_____. Ley nº 30, de 31 de enero de 1986. Por la cual se adopta el Estatuto Nacional de Estupefacientes y se dictan otras disposiciones. Bogotá, 1986. Disponible en: <<https://bit.ly/38s5gG1>>. Acceso el: 4 sept. 2019.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 2358, de 18 de junio de 1998. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. **Diario Oficial**, Bogotá, n. 43338, 13 jul. 1998. Disponible en: <<https://bit.ly/34BKIJU>>. Acceso el: 10 sept. 2019.

_____. Ministerio de la Protección Social. **Hacia un modelo de inclusión social para personas consumidoras de Sustancias psicoactivas**. Bogotá: República de Colombia, 2007a.

_____. Ministerio de la Protección Social. **Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto**. Bogotá: República de Colombia, 2007b.

_____. Ministerio de la Protección Social; UNODC. **La Política para la Reducción del Consumo de SPA al alcance de tod@s**: Una herramienta para construir política en lo local. Bogotá: República de Colombia, 2008.

_____. Ley nº 1566 de 2012.

_____. Ministerio de la Protección Social. **Caja de herramientas Tratamiento de Base Comunitario (CBT)**. Bogotá: República de Colombia, 2013a.

_____. Ministerio de Justicia y del Derecho; ODC – OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. **Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia**. Bogotá, 2013b.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Diseño y validación de un modelo de gestión para el fortalecimiento y seguimiento de las estrategias y dispositivos de base comunitaria para la prevención y mitigación de impactos frente al consumo de sustancias psicoactivas SPA, sobre la base de las experiencias desarrolladas por las entidades territoriales del Valle del Cauca, Risaralda, Caldas y Cauca.** Bogotá, 2014a.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. **Plan nacional para la promoción de la salud, la prevención, y la atención del consumo de sustancias psicoactivas 2014-2021.** Bogotá: República de Colombia, 2014b.

_____. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. **Guía para orientar la identificación de recursos de financiación del plan territorial de drogas componente de reducción del consumo de drogas.** Bogotá, 2016.

_____. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. **Reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito universitario – Marco técnico de acción.** Bogotá, 2018a.

_____. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. **Generación de alternativas y oportunidades para jóvenes, familias y comunidades en situación de alta vulnerabilidad frente al consumo de drogas y vinculación a economías ilegales – Marco técnico de acción.** Bogotá, 2018b.

_____. Ministerio de Justicia y del Derecho. Ministerio de Salud y Protección Social. **Reducción del consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito penitenciario y carcelario – Marco técnico de acción.** Bogotá, 2018c.

_____. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución nº 089/2019. Política Integral para la Prevención y Atención del Consumo de SPA. Bogotá: República de Colombia, 2019.

COMISIÓN ASESORA PARA LA POLÍTICA DE DROGAS EN COLOMBIA. **Lineamientos para un nuevo enfoque de la Política de Drogas en Colombia.** Bogotá, 2015. Disponible en: <<https://bit.ly/2LLffET>>. Acceso el: 10 sept. 2019.

CNRDD – COMISIÓN NACIONAL PARA LA REDUCCIÓN DE LA DEMANDA DE DROGAS. **Plan Nacional de Reducción del Consumo de Drogas 2009-2010.** Bogotá: República de Colombia, 2008.

DECENAS de habitantes de calle fueron arrastrados por una creciente en Bogotá. **Revista Semana**, 18 de agosto de 2016. Disponible en: <<https://bit.ly/3mJMLBY>>. Acceso el: 11 de septiembre de 2019.

FERGUSON, S. Reducción de daños en la Rioja. **Zonas de mitigación**: una estrategia para la reducción del sufrimiento social, 2017. Disponible en: <<https://bit.ly/2KpKaQn>>.

_____. **Acompañamiento psicoafectivo integral a jóvenes del colectivo Free Soul** – Proyecto Maquetiando, Premio Ibermuseos. Museo Nacional de Colombia, 2019.

FERGUSON, S.; GÓNGORA, A. La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. *In*: CONFERENCIA ANUAL COPOLAD, 2., 2012, Bruselas, Bélgica. **Anais...** Neip, 2012.

FOUCAULT, M. **Microfísica del poder**. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta, 1979.

GÓNGORA, A; SUÁREZ, C. Por una Bogotá sin mugre: violencia, vida y muerte en la cloaca urbana. **Universitas Humanística**, v. 66, n. 1, p. 107-138, 2008.

GÓNGORA, A. Redes riesgos y drogas: hacia una antropología de las formas de gobierno. *In*: ESPINOSA, N.; TAPIAS, C.; GÓNGORA, A. (Comps.). **Nuevas antropologías colombianas**: experiencias metodológicas. Montería-Medellín: Editorial Zenú, 2012. p. 152-183.

_____. **Redes que curam**: riscos, danos e políticas de drogas na Colômbia. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013a.

_____. Curar comunidades: gubernamentalidad, reducción de daño y políticas de drogas en Colombia. *In*: EPELE, M. (Comp.). **Padecer, cuidar y tratar**: estudios socio-antropológicos sobre consumo problemático de drogas. Buenos Aires: Editorial Antropofagia, 2013b. p. 101-130.

_____. El Gobierno de las Redes: Una etnografía de la reducción de daño en Colombia. **Mana**, v. 2, n. 22, 2016.

_____. **Farmacopeia Política**: Uma etnografia do antiproibicionismo e das lutas pela libertação da maconha na Colômbia. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

GÓNGORA, A. *et al.* La Maqueta de “La L”: Experimentación etnográfica, anti-prohibicionismo y espacios heterotópicos. *In*: **Etnografía y espacio**: tránsitos conceptuales y desafíos del hacer. Medellín: Universidad de Antioquia, 2019. (no prelo).

HINCAPIE, A. **Legalización de la Droga**. Graficas Mundial, 1989.

IDIPRON – INSTITUTO DISTRITAL PARA LA PROTECCIÓN DE LA NIÑEZ Y LA JUVENTUD. **Plataforma estratégica**: plan estratégico. Alcaldía Mayor de Bogotá: Bogotá, 2017. Disponible en: <<https://bit.ly/2Kf8t3H>>._

LARVIE, P. **Managing desire**: AIDS, sexual citizenship and the new Brazilian homosexuality. Dissertation (PhD), University of Chicago, Chicago, EUA, 1998.

LOMNITZ, M. Globalización, economía informal y redes sociales. *In*: BARAÑA-NO, A.; GARCÍA, J. L. (Coord.). **Culturas en Contacto**: encuentros y desencuentros. Madrid: Ministerio de Educación Cultura y Deporte, 2003. p. 129-146.

MACHÍN, J. Modelo ECO2: redes sociales, complejidad y sufrimiento social. **Revistas REDES**, v. 18, n. 12, jun. 2010.

_____. **Redes Sociales e Incidencia en Política Pública: Estudio comparativo México-Colombia**. México D.F.: CAFAC, 2011.

MAMACOCA. Legislación. Disponible en: <<https://bit.ly/38sQJcZ>>. Acceso el: 1 sept. 2019.

MILANESE, E. **Interregional Cooperation to establish a common response to drug use and its consequences in Latin America and the Caribbean** – Final Report. Freiburg: Caritas Germany, 2005.

_____. **Harm reduction and community based treatment of drug consequences** – Evaluation: process and results. Freiburg: Unesco – Caritas Germany, 2007.

_____. **Tratamiento comunitario de las adicciones y de las consecuencias de la exclusión grave**. México: Plaza y Valdés/Cafac, 2009.

_____. **Tratamiento Comunitario de las Adicciones: anotaciones teóricas**. *In*: ENCUENTRO DE LA RECOISS: REDES E INCIDENCIA POLÍTICA, 5., 2010, Panamá. **Anais...** Universidad de las Américas, 2010.

_____. **Tratamento comunitário**: manual de trabalho I. Brasil: Secretaria Nacional de Políticas de Drogas; Instituto Empodera, 2012.

MILANESE, E; MERLO, R.; LAFFAY, B. **Prevención y cura de la farmacodependencia**: una propuesta comunitaria. México: Plaza y Valdéz, 2001.

MILANESE, E; MERLO, R; MACHÍN, J. **Redes que previenen**. México D.F.: Instituto Mexicano de la Juventud y Centro Cáritas de Formación, 2000.

MITCHELL, J. Networks, norms and institutions. *In*: BOISSEVAIN, J. M. **Network Analysis: Studies in Human Interaction**. París: The Hague, 1973.

MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI. **Caracterización de la Comuna 9** – Plan de Desarrollo 2008-2011. Santiago de Cali, 2008.

MNC – MUSEO NACIONAL DE COLOMBIA. **La Esquina Redonda**: Co-laboratorio de creación y memoria, proyecto Bronx Distrito Creativo – Informe de gestión. Bogotá: Ms, 2019.

ODC – OBSERVATORIO DE DROGAS DE COLOMBIA. **Reporte de Drogas de Colombia 2016**. Bogotá: Legis, 2016. Disponible en: <<https://bit.ly/3nDHs8r>>. Acceso el: 10 sep. 2019.

OCHA – OFICINA DE NACIONES UNIDAS PARA LA COORDINACIÓN DE ASUNTOS HUMANITARIOS. Informe Final MIRA: **Municipio Santiago de Cali (Valle del Cauca)** – Comunas 9, 15, 18 y 21. Sept. 2014.

SCOTT, J. **Social Network Analysis**. London: Sage, 1991.

SICACHA, D. Más De 1.000 jóvenes participaron de la estrategia para la prevención del consumo de drogas. **Noticias – Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**, oct. 2018 Disponible en: <<https://bit.ly/3aCUIWb>>. Acceso el: 20 sept. 2019.

SOCARRÁS, J. **Las Farmacodependencias en Colombia**: medidas prohibitivas y educativas para prevenirlas. Paris: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 6 abr. 1976. Disponible en: <<https://bit.ly/3aDpTSo>>. Acceso el: 1 sept. 2019.

VÁSQUEZ CHACÓN, E. **Tratado Jurídico de las Drogas**. Bogotá: Ediciones Librería del Profesional, 1982. Disponible en: <<https://bit.ly/3rm7hfx>>. Acceso el: 10 sept. 2019.

ANEXO A

CIEN AÑOS DE POLÍTICAS DE ATENCIÓN AL USO DE PSICOACTIVOS EN COLOMBIA

CUADRO A.1

Principales hitos jurídicos y administrativos

Documento	Síntesis
Ley nº 11, de 1920	Con esta norma se da comienzo a la restricción del mercado de las sustancias que pueden formar "hábito pernicioso". Hasta entonces existía un régimen de libre mercado proveniente de la segunda mitad del siglo XIX, en donde la producción de alcohol y sustancias similares era libre (Ley nº 84 de 1916), al igual que el ejercicio de la profesión médica: "Toda persona podrá abrazar cualquier oficio y ocupación honesta sin necesidad de pertenecer a gremio de maestros o doctores" (Acto legislativo 1 de 1918). El primer castigo que hubo para la venta de ciertas drogas sin fórmula médica, instituido por la ley nº 11 de 1920, fue simplemente una multa. A partir de este momento a través de normas similares (Acto Legislativo 1 de 1921, Resolución 146 de 1921 de la Dirección Nacional de Higiene, Ley nº 99 de 1922, Leyes nº 12 y nº 88 de 1923, Ley nº 88 de 1928, Ley nº 47 de 1930) se instalan mecanismos de vigilancia y regulación del mercado del alcohol, de la profesión médica, y de la salud pública, a escala nacional y departamental.
Ley nº 118, de 1920	Desde 1920 hasta 1928 no hubo pena de prisión para la venta de drogas susceptibles de "hábito pernicioso" sin fórmula médica, luego se estableció una pena de seis meses ante la reincidencia. Esta misma ley alarga la lista de las sustancias así consideradas, restringe la importación postal de jeringuillas, y establece en la Dirección Nacional de Higiene la autoridad para incluir nuevas sustancias en la lista. También se estableció que las personas que tuvieran el "hábito pernicioso" del "uso indebido" debían ser sometidas a tratamiento forzado.
Decreto nº 1377, de 1938	Restringe la importación sin licencia de cocaína, ecgonina, opio, morfina, heroína, benzoil morfina, cáñamo indio, marihuana, y de sus sales, preparaciones y derivados, dejando a la Dirección Nacional de Higiene la reglamentación de la importación y prescripción de tales sustancias.
Ley nº 95, de 1936	La criminalización del consumo y distribución de las llamadas "sustancias narcóticas" o "estupefacientes" apareció con el código penal de 1936, como delito contra la salubridad pública. Quienes consumieran eran sometidos a "medidas de seguridad" (reclusión en manicomio criminal, colonia agrícola, libertad vigilada, etc), mientras que a quienes las distribuyeran les correspondía un arresto como pena.
Ley nº 116, de 1937	Prohíbe el procesamiento del opio y la coca salvo permiso del gobierno concedido a ciertos laboratorios. Los "toxicómanos" podían ser reclusos en "sanatorios privados" como alternativa a las medidas de seguridad administradas por las autoridades.
Resolución nº 313, de 1937. Resoluciones nº 25 y nº 95, de 1938, del Ministerio de Trabajo, Salud y Previsión Social	Impiden la comercialización abierta de hoja de coca, restringiéndola a la venta en droguerías o farmacias bajo prescripción médica.
Ley nº 36, de 1939	Instituye un monopolio estatal sobre las "drogas que formen hábito pernicioso" cuyo producto se destinaría a la lucha contra las "toxicomanías". Más adelante el Decreto 96 de 1940 reglamenta esta ley en el sentido de que las importaciones de estupefacientes solo las puede hacer el gobierno a través del Ministerio de Trabajo, Salud y Previsión Social.
Decreto nº 1959, de 1939	Prohíbe la importación de heroína.
Resolución nº 645, de 1939, del Ministerio de Trabajo, Salud y Previsión Social	Prohíbe el cultivo de cannabis sativa.

(Continúa)

(Continuación)

Documento	Síntesis
Ley nº 12, de 1943	Establece un sistema de represión del tráfico de "drogas estupefacientes", castigando las distintas actividades de la cadena, y aún la tentativa de éstas o sus actos preparatorios.
Decreto nº 896, de 1946	Prohíbe el pago de salarios en la forma de alcohol, hojas de coca, o similares.
Ley nº 45, de 1946	Amplía las medidas de la ley nº 12 de 1943 a todos los eslabones del cultivo y la conservación de plantas de las que puedan extraerse las "drogas estupefacientes".
Ley nº 84, de 1946	Regula el ejercicio del oficio de farmacéuta, y restringe la venta de barbitúricos.
Decreto nº 25, de 1947	Encarga al Ministerio de Higiene el control de estupefacientes y la "policía sanitaria nacional".
Decreto nº 1472, de 1947	Prohíbe el establecimiento de nuevos cultivos de coca.
Decreto nº 923, de 1949	Establece penas de seis meses a cinco años de cárcel para quien trafique cannabis sativa o marihuana. Dispone la destrucción de los cultivos existentes. Respecto al uso, cuando no se aplicaba la medida de seguridad oficial, es decir bajo el régimen de los sanatorios privados, la terapia de electrochoques o electroconvulsiva fue una de las prácticas que médicos y psiquiatras emplearon para "curar" el consumo de marihuana. Consiste en hacer que la persona convulsione aplicándole descargas eléctricas, esperando borrar así los recuerdos ligados a la droga. Existen testimonios conocidos de personas que fueron sometidas a esta práctica al menos hasta finales de la década del 40 (Vélez, 1959).
Decreto nº 1858, de 1951	Dispone una pena de "relegación a colonia penal agrícola" de dos a cinco años por cultivo, tráfico, uso o inducción al uso de marihuana (cannabis sativa o indica).
Ley nº 27, de 1963	Reconceptualiza tales conductas como "antisociales".
Decreto nº 1669, de 1964	Desprende la "toxicomanía" de las conductas llamadas "antisociales", lo que tiene como resultado que el uso no se enfrenta mediante relegación a colonia agrícola, sino con medidas sanatorias aplicadas en lugares especiales hasta obtener la rehabilitación completa.
Ley nº 47, de 1967 Decreto nº 257, de 1969	Se reorganiza la vigilancia farmacológica, incluyendo la regulación del oficio de farmacéuta, y la reglamentación del funcionamiento del "Fondo Rotatorio de Estupefacientes" vinculado al Ministerio de Salud Pública.
Decreto nº 522, de 1971	Establece multas para el cultivo, porte o "auspicio" de la marihuana, el opio y la coca, considerando este tipo de conductas una "contravención especial que afecta el orden social".
Decreto nº 1206, de 1973	Crea el Consejo Nacional de Estupefacientes para que asesore al gobierno nacional en la adopción e implementación de políticas antidrogas que abarquen cuestiones de producción, tráfico y consumo.
Ley nº 1988, de 1973	Elimina definitivamente la relegación a colonia penal agrícola por impráctica, y diferencia el arresto y la multa a aplicar por cultivo, de lo correspondiente al porte y uso de la llamada "dosis personal", quedando esta última con una multa más elevada, pero con un arresto de menor duración.
Decreto nº 1188, de 1974	Expide el primer Estatuto Nacional de Estupefacientes, que articula de forma coherente el sistema que se había venido construyendo a lo largo de las cinco décadas anteriores de manera dispersa. Mantiene la pena de arresto para el delito de porte de "sustancia estupefaciente o droga". Establece que una "peritación médico-legista" es necesaria para determinar la cantidad y calidad de las sustancias reguladas que puede ser considerada "dosis personal", para lo que establece una pena atenuada y tratamiento obligatorio.
Ley nº 17, de 1975	Reitera la creación del Consejo Nacional de Estupefacientes y la represión de las diversas conductas relacionadas con las drogas. Establece la presunción de que quien sea sorprendido con la dosis mínima o personal es un traficante, y la consecuente necesidad de probar la condición de "farmacodependencia".

(Continúa)

(Continuación)

Documento	Síntesis
Resoluciones nº 10 y nº 2996, de 1977	Añaden las listas de sustancias restringidas, adecuándolas a las convenciones internacionales celebradas en las décadas anteriores. Establecen en el Fondo Rotatorio de Estupefacientes el monopolio completo sobre dichas sustancias.
Decreto nº 1249, de 1976 Decreto nº-1109, de 1977	Restringen levemente la venta de bebidas alcohólicas.
Decreto nº 2144, de 1978	Militariza las "acciones antinarcóticos" tales como la represión penal, la incautación, y la erradicación forzada, incluyendo la fumigación con glifosato. Desde entonces ha habido controversia sobre las consecuencias del uso de glifosato en la salud y el medio ambiente.
Decreto nº 2955, de 1980	Restringe la entrada al país de extranjeros que hayan traficado "estupefacientes", "drogas alucinógenas" o similares.
Decreto nº 669, de 1984	Penaliza como delito y contravención a las actividades relacionadas con el comercio de las sustancias químicas "precuroras", empleadas en la elaboración y procesamiento de las sustancias psicoactivas, a lo que en principio corresponde arresto de un año.
Decreto nº 1060, de 1984	Fortalece las penas frente a las conductas relacionadas con el mercado de las sustancias "que produzcan dependencia física o síquica". Por ejemplo, el cultivo o porte de plantas como marihuana, coca o amapola, estableciendo el encarcelamiento de cuatro a diez años y una multa elevada.
Ley nº 30, de 1986	Un segundo Estatuto Nacional de Estupefacientes reitera la estructura del primero, incorporando algunas modificaciones recientes como la intensificación de las penas. Fija la dosis personal con criterios de finalidad y cantidad; en el ejemplo de la marihuana se tiene por dosis personal la cantidad inferior a 20 gramos, siempre que se destine al uso personal. La dosis personal sigue teniendo consecuencias penales atenuadas y dando lugar a ciertas formas de tratamiento obligatorio.
Decreto nº 423, de 1987	Atribuye principalmente a la Policía Nacional (que en Colombia es un organismo militar y no civil) el control de los cultivos ilícitos y las conductas relacionadas con estupefacientes.
Decretos nº 1856, nº 1860, nº 1896, nº 2105, de 1989	Se establece el decomiso de los bienes empleados en el narcotráfico y el control contra el lavado de activos. También se establece la extradición administrativa (normalmente hacia Estados Unidos) para combatir el narcotráfico, eliminando los controles al respecto de los que disponía la jurisdicción penal. El uso civil del espacio aeronáutico también queda restringido a autorizaciones previas. Las penas de prisión y multa quedan fortalecidas respecto a todas las conductas relacionadas con el narcotráfico. En general se dan varias normas que fortalecen la represión violenta del narcotráfico y relajan los controles civiles sobre ésta. Posteriormente, hacia 1990 (p.ej. Decreto 2147 de 1990), esta tendencia continúa, pero ahora apunta también a facilitar el sometimiento a la justicia para los delitos relacionados con "los motivos de perturbación del orden público". Ambas tendencias siguen durante años posteriores al menos hasta 1994.
Sentencia C-221, de 1994	Las normas que imponían el tratamiento forzado y tomaban el consumo como contravención, estuvieron vigentes hasta los primeros días de mayo de 1994. La sentencia C-221 de 1994, expedida por la Corte Constitucional bajo la nueva Constitución de 1991, despenaliza el porte y consumo de la dosis personal, argumentando que las conductas meramente individuales no pueden ser objeto de regulación jurídica y que debe tenerse en cuenta el "derecho al libre desarrollo de la personalidad". Durante años posteriores se da un cuestionamiento de la erradicación forzada, especialmente con glifosato, mediante canales de derecho constitucional comparables, sin embargo, esa práctica se mantiene.
Decreto nº 1943, de 1999	El programa "Rumbos", operado por organizaciones de la sociedad civil, asume funciones nacionales en materia de prevención, tratamiento y rehabilitación en materia de estupefacientes, de "los consumidores que no hayan cometido delitos".
Política Nacional de para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas y su Impacto, 2007 (PNRCSPA)	Establece el modelo de inclusión social como táctica transversal a las estrategias de prevención, mitigación, y tratamiento.

(Continúa)

(Continuación)

Documento	Síntesis
Acto Legislativo nº 2, de 2009	Procura "prohibir" el consumo y porte de la dosis personal, estableciendo consecuencias "pedagógicas, terapéuticas o profilácticas" para la "infracción" de tal "prohibición".
Ley nº 1566, de 2012	Establece la atención integral a la farmacodependencia de acuerdo con la política de 2007, incluyendo el consentimiento informado.
Sentencia C-491, de 2012, de la Corte Constitucional	Aclara que no es posible, en derecho, penalizar el porte y consumo de dosis personal, aún después del Acto Legislativo nº 2, de 2009.
Plan 2014-2021	Es el primer plan que resulta en la sistematización de las acciones correspondientes a la nueva política.
Sentencia del 17 de junio de 2015, radicación nº 44891	Despenaliza el cultivo para uso personal de menos de veinte plantas controladas, tomando, paradójicamente, la definición de "plantación" de la Ley nº 30, de 1986.
Ley nº 1801, de 2016	Establece el consumo en espacios públicos como una infracción administrativa castigada mediante multas.
Sentencia C-636, de 2016	Protege el derecho al trabajo de usuarios de psicoactivos.
Acuerdos de Paz de La Habana y del Teatro Colón, 2016	Establece la participación de las comunidades en la atención a la oferta y demanda de psicoactivos.
Sentencia T-236, de 2017	Restringe la aspersión con glifosato hasta que se pruebe su inocuidad.
Decreto nº 613, de 2017	En desarrollo de la Ley nº 1787, de 2016 activa la posibilidad de obtener licencias relacionadas con el mercado de derivados medicinales del cannabis y articula trámites relacionados.
Resolución nº 89, de 2019	Adecúa los avances de la nueva política. Incorpora explícitamente el tema de reducción de daños como estrategia para el manejo del consumo problemático de drogas.
Sentencia C-253, de 2019	Elimina la prohibición general del consumo en espacios públicos, con criterios de necesidad, proporcionalidad, y ponderación de derechos.

Elaboración de los autores.

REFERENCIA

VÉLEZ, J. **Las llaves falsas**: diario de un toxicómano. Bogotá: Iqueima, 1959.

ANEXO B

MAPA B.1

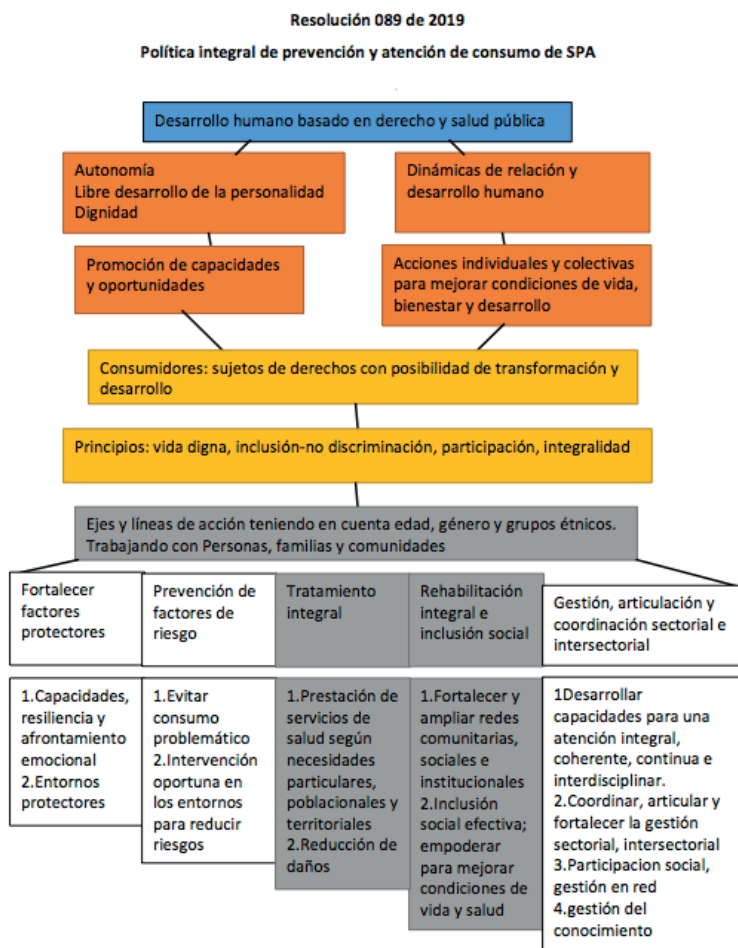
Ubicación de las ciudades en donde se realizó el estudio



Fuente: Google Maps.

ANEXO C

FIGURA C.1
Mapa conceptual política de prevención y atención de consumo de SPA (2019)



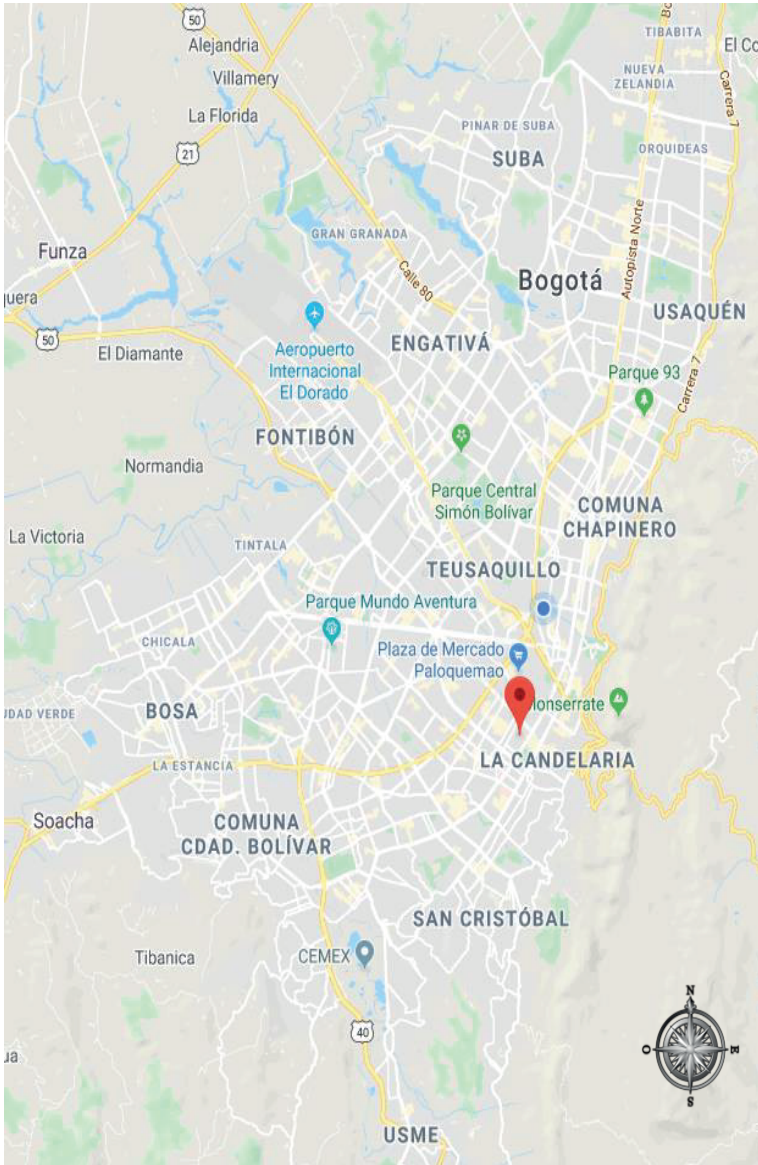
Elaboración de los autores.

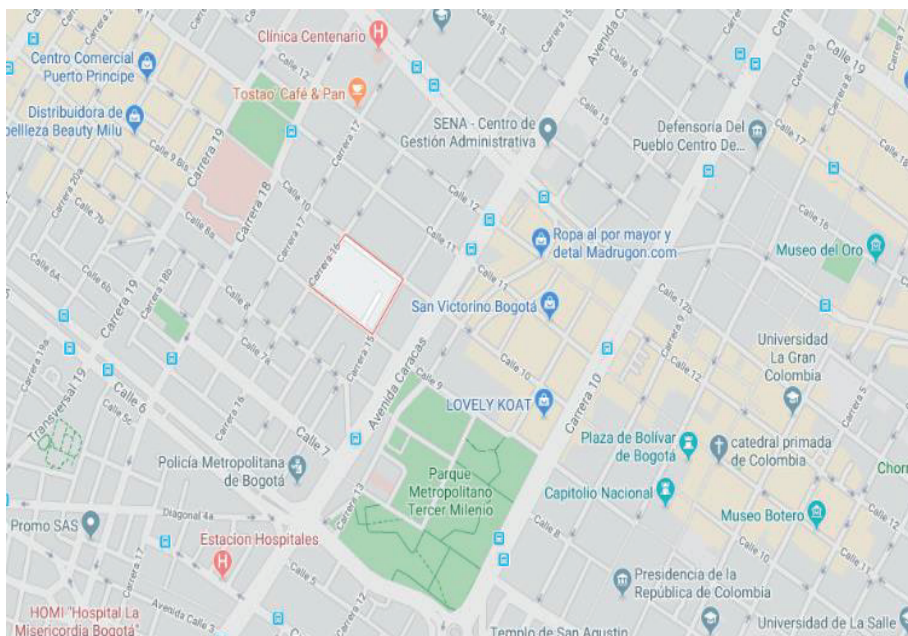
Obs.: Ilustración reproducida en baja resolución y cuyos diseños y textos no pudieron ser estandarizados y revisados en virtud de las condiciones técnicas de los archivos originales (nota del Editorial).

ANEXO D

MAPA D.1

Ubicación de "La L" O "Calle del Bronx" en el centro de Bogotá





Fuente: Google Maps.

Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

ANEXO E

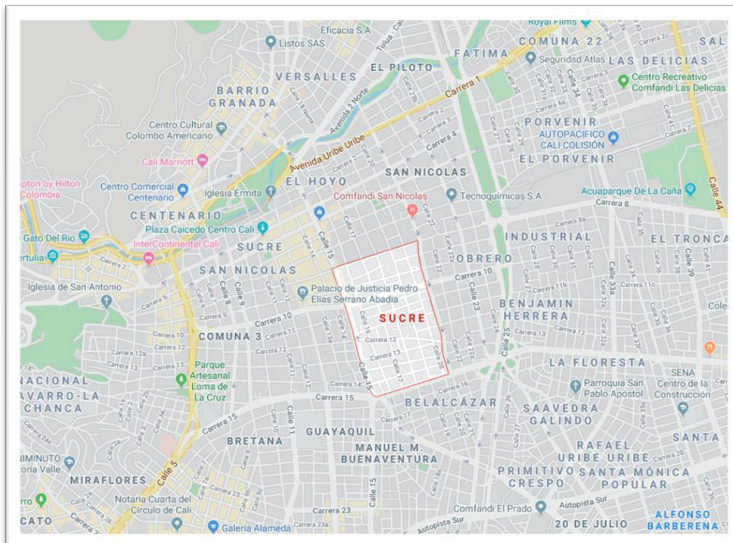
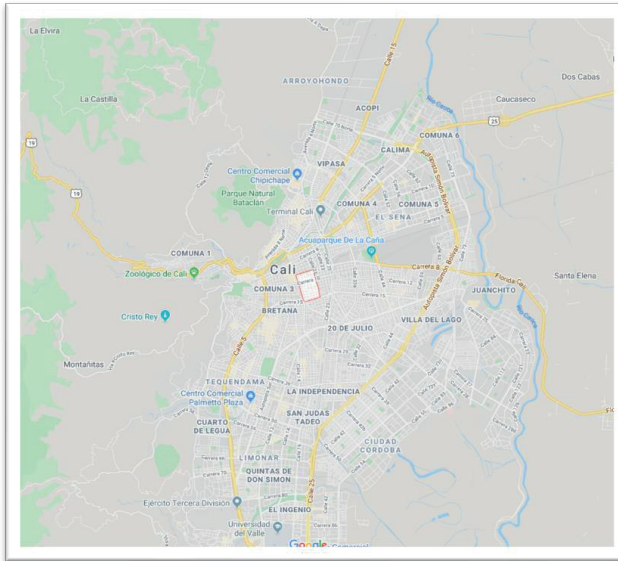
FIGURA E.1
Mapa de procesos del Idipron



Fuente: Idipron, disponible en: <<http://www.idipron.gov.co/mapa-de-procesos>>.

Obs.: Ilustración reproducida en baja resolución y cuyos diseños y textos no pudieron ser estandarizados y revisados en virtud de las condiciones técnicas de los archivos originales (nota del Editorial).

ANEXO F

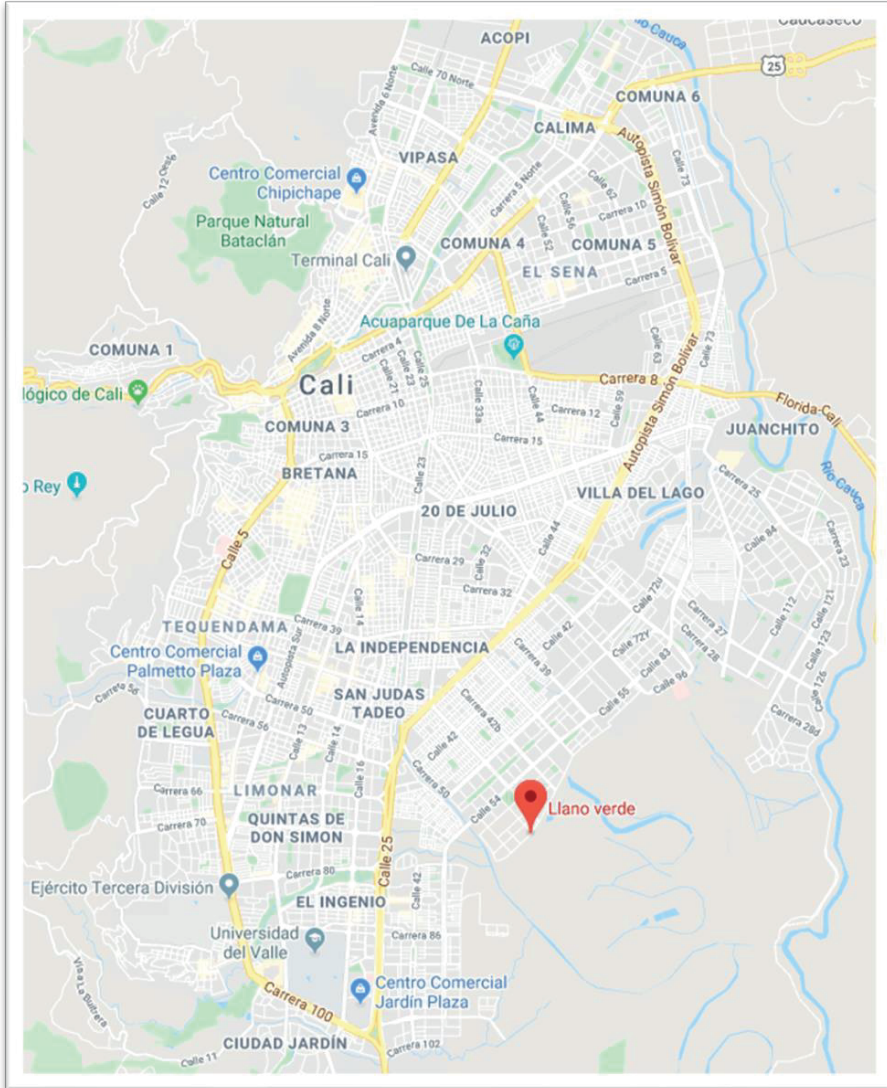
MAPA F.1
Ubicación del Barrio Sucre en la ciudad de Cali

Fuente: Google Maps.

Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

ANEXO G

MAPA G.1
Ubicación del barrio Llano Verde en la ciudad de Cali



Fuente: Google Maps.
Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

ANEXO H

FOTOGRAFÍAS DE ARCHIVO Y DEL TRABAJO DE CAMPO

FIGURA H.1

Primer centro de escucha, barrio Santa Fe, Bogotá



Elaboración: Susana Fergusson, 2006.

Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

FIGURA H.2
Free Soul en el Festival de arte callejero del "Bronx"



Elaboración: Andrés Góngora.

FIGURA H.3
Centro de escucha en el antiguo "Bronx"



Elaboración: Jefferson Ortiz.

FIGURA H.4
Material informativo – programa de reducción de riesgos y daños



Elaboración: Ramiro Borja.
Obs.: imagen reproducida en baja resolución en virtud de las condiciones técnicas de los originales (nota del Editorial).

FIGURA H.5
Kit higiénico – programa de reducción de riesgos y daños



Elaboración: Ramiro Borja.

FIGURA H.6
Feria de sabers, centro de escucha Llano Verde



Elaboración: Ramiro Borja.

